

GROEG-Arbeitspapier Nr. 1

Andrea Futterer

Gesundheitspolitische Patentrezepte stoßen beim „Landarztmangel“ an ihre Grenzen

**Eine strukturelle Bestandsaufnahme der
ambulanten Versorgungsgeschichte
Deutschlands**

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Groeg GEMEINWOHL-RELEVANTE
ÖFFENTLICHE GÜTER

Tübingen, August 2020

Autorin:

Andrea Futterer studierte Politikwissenschaft an der Universität Passau und der Eberhard Karls Universität Tübingen. Sie ist derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin im vom BMBF geförderten Forschungsprojekt „Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat“ und befasst sich schwerpunktmäßig mit den Schwierigkeiten aber auch den Gestaltungsoptionen die sich im Bereich ambulanter medizinischer Versorgung für den ländlichen Raum ergeben.

Kontakt:

Andrea.futterer@uni-tuebingen.de
www.infrastruktur-gewaehrleisten.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Traditionsreiche Prinzipien in der ambulanten medizinischen Versorgung	2
3. Konzeptionelle Ausführungen zum Gegenstand	8
4. Ein Rückblick in 70 Jahre Versorgungsgeschichte	11
4.1. Die Vorgeschichte	12
4.2. Kontinuität und Wandel.....	13
4.2.1. Relative korporatistische Stabilität	13
4.2.2. Die staatliche Kostendämpfungspolitik und ihre wettbewerbliche Akzentuierung.....	17
4.3. Besondere Entwicklungen.....	29
5. Der ländliche Raum als „Laboratorium für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems“	33
6. Resümee und Fazit	42
Literaturverzeichnis	44

1. Einleitung

„Gesundheit“ befindet sich in aller Munde. Nicht erst im Kontext der Corona-Pandemie, sondern aufgrund des anhaltenden medizinischen Fortschritts, des demografischen Wandels und der mancherorts bereits auftretenden Versorgungsmängel trat die Sicherstellung (wohnortnaher) Gesundheitsversorgung in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Anhand absoluter Zahlen ist kein Ärztemangel festzustellen. Vielmehr steigt die Zahl der MedizinerInnen seit den 1950er-Jahren kontinuierlich an. In Ballungszentren besteht jedoch oft eine Überversorgung und in dünn besiedelten, strukturschwachen, insbesondere ländlichen Regionen Unter- und Fehlversorgung.¹

Wahrgenommene und bezifferbare medizinische Versorgungsdefizite, vor allem im ambulanten Bereich, bestehen nicht erst seit ein paar Jahren. Sie traten in der rund 140-jährigen Krankenversicherungsgeschichte in unterschiedlicher Form wiederholt auf und wurden kontingent „behandelt“. Im deutschen Gesundheitssystem spielt die Krankenversorgung neben der Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik vor allem deshalb eine zentrale Rolle, weil die Versorgung der BürgerInnen mit hohen Kosten verbunden ist und ihre Finanzierung den Kern sozialer Umverteilung betrifft. Der drohende Einbruch der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum gewinnt aktuell aufgrund struktureller und angebots- sowie nachfrageseitiger Faktoren an Bedeutung. Gesundheitspolitische Patentrezepte scheinen in diesem Zusammenhang an ihre Grenzen zu stoßen. Das Ziel des vorliegenden Papiers besteht darin, die historisch gewachsenen Problem- und Handlungskonstellationen zu verstehen und die sie bestimmenden Schwierigkeiten der Gewährleistung ambulanter Versorgung einzuordnen.

Die Gesundheitswesen moderner Volkswirtschaften haben sich zu unverzichtbaren Teilen deren Infrastrukturen entwickelt. Aus guten Gründen können und werden sie nicht vornehmlich marktwirtschaftlich, sondern hauptsächlich auf der Grundlage von Recht und Verträgen organisiert. Schließlich kann der Anspruch, BürgerInnen eine umfassende medizinische Versorgung zu gewährleisten, nicht über private Finanzierung und das marktwirtschaftliche Aushandeln von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage eingelöst werden. Vielmehr werden die ausgehandelten Forderungen zum Umfang und zur Qualität

¹ Die konstatierten Versorgungsmängel betreffen nicht allein die medizinische, vor allem hausärztliche, Versorgung, sondern auch die pflegerische Versorgung. Diese ist jedoch in geringerem Maße Gegenstand öffentlicher Diskussionen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 439). Ich konzentriere mich dafür nachfolgend auf die medizinische Versorgung.

medizinischer Versorgung gesellschaftlich als öffentliche Güter konzipiert und an den Staat herangetragen. Dieser verhandelt und beantwortet diese Forderungen in Kooperation mit privaten und auch nicht-staatlichen Akteuren. Die hierbei zu treffenden gesundheitspolitischen Versorgungsentscheidungen sind zwangsläufig nicht nur von Sachfragen, sondern von konkurrierenden Interessen, Wertvorstellungen und Machtkonstellationen geprägt (Knieps und Reiners 2015, S. 8).

2009 formulierte der *Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen* (Sachverständigenrat) vor dem Hintergrund steigender Versorgungsdefizite in einem wegweisenden Sondergutachten Eckpunkte für zukünftige Gesundheitsreformen. Sie betrafen die Sozialleistungssysteme, fokussierten die Aus- und Weiterbildung von MedizinerInnen und betonten die Notwendigkeit einer ausgeglichenen Zusammenarbeit von ÄrztInnen und anderen Gesundheitsberufen. Für die Situation sich zuspitzender Versorgungsdefizite waren diese Eckpunkte anschlussfähig. Wo liegen also die Schwierigkeiten in der Umsetzung? Welche Umstände erschweren die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung der Bevölkerung?

Die Strukturen und Beziehungen der ambulanten Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden bereits vor über 100 Jahren verfestigt. Das Feld war, bezogen auf seine Spannungslinien und Akteurskonstellationen, lange durch Kontinuität geprägt. Aufschlussreiche Brüche in den 1970er und Akzentuierungen in den 1990er-Jahren helfen zu verstehen, welchen Schwierigkeiten die Gewährleistung ambulanter, flächendeckender Versorgung unterliegt. In der vorliegenden Analyse wird auf die traditionsreichen Prinzipien der ambulanten medizinischen Versorgung eingegangen (2). Die entwickelte konzeptionelle Heuristik (3) wird die anschließende historische Rückschau (4) unterfüttern. Besonders behandlungsbedürftige Sachverhalte, die eine eigene Kontinuität aufweisen werden gesondert diskutiert. Es folgt die Charakterisierung dessen, was dieser Tage unter dem „Landarztmangel“ diskutiert wird (5), bevor die Ergebnisse der analysierten Strukturen zusammengetragen werden (6).

2. Traditionsreiche Prinzipien in der ambulanten medizinischen Versorgung

90 Prozent der Deutschen, etwa 70 Millionen BürgerInnen, sind in der GKV versichert. Ihr liegen diverse Grundprinzipien zur Sicherung im Krankheitsfall zu Grunde, die in der

Gesundheitspolitik wirken und auch das Denken und Handeln der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Versicherten prägen (Simon 2017, 60 f.; Rosenbrock und Gerlinger 2014, 145 f.). Für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind diese Prinzipien von besonderer Bedeutung, da sie in der Behandlung von gesetzlich Versicherten diesen Vorschriften in Form des Sozialrechts unterworfen sind.

Aus Art. 20 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 GG leitet sich das Sozialstaatsprinzip ab. Durch die konkretisierende Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) trägt der deutsche Staat die Verantwortung für soziale Gerechtigkeit, für die Voraussetzung eines menschenwürdigen Daseins und für die gleichberechtigte Teilhabe der BürgerInnen. Aus der Sozialpflichtigkeit des Staates ergibt sich eine staatliche Pflicht zur Daseinsvorsorge, die auch die Versorgung im Krankheitsfall umfasst. In der GKV sichert die Versichertengemeinschaft zu, sich gegenseitige Hilfe und Unterstützung im Krankheitsfall zukommen zu lassen. Die Leistungsansprüche für den Bereich der Krankenversicherung sind unter anderem in den §§ 1, 2 und 11 des *Fünften Sozialgesetzbuches* (SGB V) normiert.

Die notwendigen Finanzmittel werden in Form von überwiegend paritätisch erbrachten, bruttolohnbezogenen Beiträgen durch die versicherten ArbeitnehmerInnen und ihre ArbeitgeberInnen seitens der Krankenkassen eingefordert. Sie sind so bemessen, dass die laufenden Einnahmen die laufenden Ausgaben einer Kasse decken (Umlaufverfahren). Die Beträge richten sich nach der am Einkommen orientierten finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beträge erhalten alle Versicherten die gleichen, medizinisch notwendigen Leistungen. Das Sozialrecht normiert nicht nur die Leistungsansprüche der Versicherten, sondern verpflichtet die Leistungserbringer und Kassen auch dazu, „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ (§ 80 Abs. 1 SGB V). Den PatientInnen wird gemäß dem Bedarfsdeckungsprinzip ein Recht auf Leistungserbringung durch einen Arzt oder eine Ärztin zugesprochen.

Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik ist in ein privatwirtschaftlich organisiertes Haus- und Facharztsystem und ein (zunächst) öffentlich organisiertes System der stationären Versorgung zweigeteilt. Der Behandlungsbedarf eines Patienten oder einer Patientin wird durch einen Arzt oder eine Ärztin festgestellt, genehmigt und schließlich gedeckt. Die ärztlichen Leistungen werden den Versicherten in Form von Sachleistungen

zuteil. Nach der Vorlage einer Versichertenkarte, leiten ÄrztInnen eine für die PatientInnen kostenlose Behandlungen ein, für die sie wiederum bei den Kassen eine Rechnung einreichen (Sachleistungsprinzip). Der Modus der GKV – eine Mischung aus ärztlicher Bedarfsfeststellung und ärztlich dominierter Bedarfsdeckung und der Umlagefinanzierung dieser Leistungserbringung – kann unter „Solidarität“ gefasst werden. Wenngleich das Solidarsystem breite Zustimmung innerhalb der Gesellschaft genießt, besteht es nicht auf freiwilliger Basis, sondern wird spätestens mit der allgemeinen Versicherungspflicht (2009) gesetzlich verfügt.

Die ambulant ärztliche Behandlung von GKV-Versicherten durch die Ärzteschaft kann nur auf Grundlage eines Vertrags mit einer Kasse erfolgen. Die Leistungserbringer und die Kostenträger organisieren sowohl sich, die Versorgungs- und Vergütungsverhandlungen untereinander als auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung in selbstverwalteten Strukturen. Die Aktivitäten der bundesstaatlichen Ebene beschränken sich hingegen auf die Rahmensetzung und die Rechtsaufsicht dieser Strukturen.

Die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen

Bereits die Vorläufer der heutigen Krankenkassen waren genossenschaftlich selbst verwaltet. Reichskanzler Otto von Bismarck unterstellte diese Strukturen staatlicher Aufsicht. Die Kassen wurden zu Körperschaften öffentlichen Rechts und übernahmen als mittelbare Staatsverwaltung öffentliche Aufgaben. Als selbstständige Organisationen regelten sie ihre Belange im gesetzlichen Rahmen und verfügten über eigene Entscheidungskompetenzen. Die Selbstverwaltungsorgane der Kassen werden in den Sozialwahlen paritätisch aus Versicherten und ArbeitgeberInnen besetzt.² Sie bestehen aus dem Verwaltungsrat und dem von ihm gewählten Vorstand.

Die gemeinsame Selbstverwaltung der ÄrztInnen und Krankenkassen

Selbstverwaltungsstrukturen finden sich in diversen Bereichen des Gesundheitswesens. Auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)³ sind als Körperschaften öffentlichen Rechts selbstverwaltet organisiert. Sie treten als genossenschaftliche Selbstorganisationen und Interessenvertretungen der niedergelassenen Ärzteschaft auf. Neben der internen Selbstverwaltung der Kostenträger und Leistungserbringer treten die Kassen und KVen in der gemeinsamen Selbstverwaltung zusammen. Sie schließen Versorgungsverträge ab und

² Die Ersatzkassen besetzen ihre Verwaltungsräte hingegen mit VersichertenvertreterInnen.

³ Unter KV werden in diesem Papier aufgrund ihrer ähnlichen Struktur auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) gefasst.

nehmen Beiträge von Versicherten und ArbeitgeberInnen ein, um die Bezahlung der erbrachten Leistungen zu regeln. Bis zum *Berliner Abkommen* (1913) war es den Kassen freigestellt, mit welchen und wie vielen ÄrztInnen sie Verträge schlossen. Durch das Abkommen gewann die Ärzteschaft jedoch ein Mitspracherecht in Zulassungsfragen. Als Endpunkt einer langen Auseinandersetzung zwischen den gesetzlichen Kassen und der Ärzteschaft, wurden in den 1930er-Jahren die KVen gegründet. Sie erhielten einen Gesamtvergütungsanspruch und durften diesen fortan kollektivvertraglich mit den Kassen aushandeln. Im Gegenzug übernahmen sie den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung. 1955 wurde dieser im Kassenarztrecht festgeschrieben, welches 1989 in das SGB V überführt wurde. Hier wird die zentrale Aufgabe der KVen, in Form der Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung für die GKV-Versicherten, einschließlich des Notdienstes (§ 75 SGB V), verfasst. Dieser Auftrag umfasst auch die Behandlungsqualität. Sie muss ausreichend und zweckmäßig sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 72 SGB V). Gemeinsam mit den Landesverbänden der Kassen und den Ersatzkassen bilden die 17 KVen⁴ jeweils einen *Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*. Er berät die Erstellung des Bedarfsplans, stellt Über- oder Unterversorgung in den Bundesländern fest und erlässt entsprechende Zulassungsbeschränkungen.

Die korporatistischen Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung

Die einzelnen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen gehören den Landesverbänden ihrer Kassenart an. Sie bilden ihrerseits einen Bundesverband. Zusätzlich bestehen diverse Ersatzkassen. Sie organisieren sich nicht in Landesverbänden, verfügen jedoch über freiwillige Bundesspitzenverbände. Die Summe der Spitzenverbände der Krankenkassen nahm lange Zeit eine zentrale Rolle in der gemeinsamen Selbstverwaltung ein. 2008 wurden sie im *GKV-Spitzenverband* als bundesweitem Dachverband vereint. Ihm fällt die Aufgabe zu, sich in allen Angelegenheiten, die nach dem Willen des Gesetzgebers in der GKV „gemeinsam und einheitlich“ geregelt werden sollen (Vgl. § 213 SGB V), intern zu einigen. Die Einführung des *GKV-Spitzenverbands* war stets umstritten: Der ehemalige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm (CDU) empfand sie als Entmachtung der Selbstverwaltung der Kassen, die „so an die staatliche Leine genommen“ wurden (Blüm 2008). Festzuhalten ist, dass die Kassen selbst selten als handelnde Akteure wahrgenommen werden. Vielmehr treten sie in gesundheitspolitischen Aushandlungen in Form

⁴ Entsprechend der Bundesländer gibt es 17 KVen in Deutschland, mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen, das in die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe aufgeteilt ist.

ihrer Verbände, teilweise sogar als „die GKV“, auf. Im Kontext der ambulanten Versorgung sind die Kassenverbände auf Landesebene weiterhin wesentliche Akteure in der Aushandlung der Versorgungsverträge mit den KVen.

Analog zum *GKV-Spitzenverband* werden die KVen auf Bundesebene durch die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV) vertreten. Ihre Aufgaben ähneln denen des *GKV-Spitzenverbands*: Die KBV bildet die gesundheitspolitische Vertretung der Ärzteschaft, arbeitet im G-BA mit, schließt die Bundesmantelverträge mit den Spitzenverbänden der Kassen und erlässt bundeseinheitliche Richtlinien zur ärztlichen Qualitätssicherung.

Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene ist der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA). Er ging 2004 aus dem *Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen* hervor. Hier treten die Kassen in Form des *GKV-Spitzenverbands* und die KVen in Form der KBV auf. Zudem ist die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* (DKB) zur Organisation der stationären Versorgung vertreten. Dem paritätisch aus VertreterInnen der Ärzteschaft und der Kassen besetzten Gremium wohnen ein unparteiischer Vorsitzender oder eine Vorsitzende und zwei unparteiische Mitglieder bei. Im G-BA wird die medizinische Versorgung über Verträge, Richtlinien und einheitliche Vorgaben organisiert. Die Richtlinien konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Als „untergesetzliche Normen“ genießen die Richtlinien eine hohe rechtliche Verbindlichkeit in der GKV. Dem Ausschuss kommen im Hinblick auf die Gestaltung der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zentrale Befugnisse in Bezug auf die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement zu.

Im besonders ausdifferenzierten Verbandssektor des Gesundheitswesens (Bandelow 2004, 2007) finden sich im Bereich der Interessenvertretung der Ärzteschaft, neben öffentlich-rechtlichen Einrichtungen mit Pflichtmitgliedschaft, diverse freie Ärzteverbände mit breiter Mitgliedschaft und Spezialverbände für einzelne Facharztgruppen. Zu nennen sind vor allem die drei allgemeinen Ärzteverbände: Der *Marburger Bund* versteht sich als Berufsverband und Fachgewerkschaft. Seine Tätigkeit konzentriert sich vor allem auf die Krankenhausärzte. Der *NAV-Virchow-Bund* vertritt die Interessen selbstständig-freiberuflicher, niedergelassener Ärzte. Der Großteil der niedergelassenen ÄrztInnen organisiert sich im *Hartmannbund*. Zusätzliche Aufmerksamkeit erfährt immer wieder der mitgliederstarke Facharztverband *Deutscher Hausärzteverband*, nicht zuletzt, wenn es um die Aufteilung der ambulanten Gesamtvergütung geht.

„Die Interessenaggregation und -selektion findet im Bereich der Ärzte also nicht so sehr verbandsintern innerhalb eines Dach- oder Spitzenverbandes statt, sondern ist vielmehr durch den Wettbewerb verschiedener Verbände innerhalb der demokratischen Strukturen von Kammern und KVen geprägt.“ (Spier und Strünck 2018, S. 13)

Die ambulante ärztliche Versorgung gilt als Paradebeispiel des beschriebenen korporatistischen Steuerungsmodells. Sie wird für eine Region zwischen der für den Sicherstellungsauftrag zuständigen KV und dem Landesverband der Kassen ausgehandelt. Im umkämpften Feld der Gesundheitspolitik treffen in diesem Zusammenhang „konflikt- und durchsetzungsstarke Verbände mit vielen Mitgliedern auf kleine Verbände, die ‚schwache Interessen‘ wie die der Patienten versuchen zu organisieren“ (Klenk 2018, S. 19).

Die Patientenmitwirkung in der gemeinsamen Selbstverwaltung

Bezogen auf ihre Größe und ihre Stellung in beinahe allen Legitimationsstrategien gesundheitspolitischer Akteure, stellen die PatientInnen, hinsichtlich ihrer Einflussmöglichkeiten, eine vergleichsweise schwache Gruppierung dar. Zu groß ist die Heterogenität und zu gering sind die (finanzielle) Kapazitäten, die eigenen Interessen organisations- und lautstark zu vertreten. In den 1970er Jahren entstand die Selbsthilfebewegung und aus ihr bald dauerhaft agierende Interessenorganisationen. Heute verfolgen sie heterogene Behandlungs-, Infrastruktur- oder Sekundärinteressen. Vier Verbände⁵ wurden im Rahmen der institutionalisierten Patientenvertretung vom *Bundesministerium für Gesundheit* als „maßgebliche Organisationen“ anerkannt und mit Mitberatungs- und Antragsrechten im G-BA ausgestattet. Derzeit sind sie dazu berechtigt, PatientenvertreterInnen zur Mitarbeit im G-BA zu benennen. Auch auf Länderebene beteiligen sie sich in diversen Gremien, wie den *Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen*. Über die genannten Verbände hinaus gibt es in Deutschland circa 100.000 Patientenorganisationen, wovon ein Großteil auf (kleine) Selbsthilfegruppen entfällt. Es handelt sich überwiegend um Zusammenschlüsse von Betroffenen bestimmter Krankheitsbilder, die zumeist geringe Organisationsgrade bei großer Heterogenität aufweisen, weshalb ihre Konfliktfähigkeit und Ressourcenschwäche weniger stark ins Gewicht fallen als die von mobilisierungsfähigen industriellen Akteuren wie der Pharmaindustrie.

⁵ Einen organisatorischen Ansatz der Patientenselbsthilfe verfolgen der *Deutscher Behindertenrat* und die *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen*. Bürgerschaftlich-gesundheitspolitisch hingegen ist die *Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen*. Die *Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.* pflegt ein am Gedanken des Verbraucherschutzes ausgerichtetes Organisationskonzept (Hänlein und Schroeder 2010).

Die Beständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung

Die Träger der Selbstverwaltung erhielten bereits 1911 über eine Reichsversicherungsordnung Rechtsfähigkeit und nur zwei Jahre später fanden die ersten Sozialwahlen statt. Im Nationalsozialismus fiel das Selbstverwaltungsprinzip jedoch der Gleichschaltung zum Opfer und es dauerte einige Jahre ehe es nach Kriegsende gelang, an die Strukturen der Weimarer Republik anzuknüpfen. Der wirtschaftliche Aufschwung der Nachkriegszeit bedingte einen stetigen Ausbau gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Den zwangsläufigen Kostensteigerungen wurde vornehmlich über die Erhöhungen der Beitragssätze begegnet. In dieser Zeit wirkte die Selbstverwaltung als „stabilisierender Gestaltungsakteur“ (Schroeder und Burau 2008, S. 26). Indem die Sozialpartner eingebunden wurden, entstand eine konstruktive Zusammenarbeit. Die Wirtschaftskrise der 1970er-Jahre bewirkte einen allgemeinen Rückbau der GKV, der sich auch auf die Organisation der Kassen auswirkte: Steigende Arbeitslosenzahlen führten zu einer verschlechterten Einnahmesituation, weshalb die Kassen freiwillige Ausgabendeckelungen verordneten. Eine grundlegende Neustrukturierung der Selbstverwaltungsorgane wurde durch das *Gesundheitsstrukturgesetz* von 1992 eingeleitet. Besonders das Kassenwahlrecht war einschneidend: Die Marktetablierung der Kassen setzte diese in Konkurrenz zueinander. Zudem verschmäleren die Kassen ihre Entscheidungsstrukturen: Die Anzahl von Versicherten- und ArbeitgebervertreterInnen wurde reduziert, die Kompetenzen der neu eingesetzten Verwaltungsräte beschnitten und als Quasi-Exekutive wurde ein hauptamtlicher Vorstand eingesetzt. Diverse Reformen in den Folgejahren bauten, mit dem Ziel die GKV-Ausgaben zu senken, die Eigenverantwortung der Selbstverwaltungsorgane weiter aus. Trotz diverser Zentralisierungs- und Erosionsmomente, passte sich die Selbstverwaltung immer wieder erfolgreich an die veränderten Rahmenbedingungen an und leistete somit einen eigenen Beitrag zum Aufbau und Bestand des deutschen Sozialversicherungsstaates (Schroeder und Burau 2008, S. 35).

3. Konzeptionelle Ausführungen zum Gegenstand

In der historischen Rückschau werden prägende Merkmale der versorgungspolitischen Entwicklungen und Gründe für etwaige Umbrüche oder Paradigmenwechsel ausgewiesen. Hierzu werden grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten angeführt, die den Gegenstand der ambulanten medizinischen Gesundheitsversorgung einzuordnen helfen. Sie bilden die Grundlage für historisch kontingente Ansprüche der staatlichen Gewährleistung

ambulanter medizinischer Versorgung. Aufschlussreich ist, inwiefern die Konzepte in unterschiedlichen Konstellationen interpretiert und über infrastrukturelle Leistungen realisiert oder unzureichend umgesetzt worden sind.

Die Gesundheitsversorgung ist nicht nur ein zentraler Bestandteil der aus dem Sozialstaatsprinzip abgeleiteten Daseinsvorsorge (u. a. Neu 2009), sie leistet ihrerseits einen eigenen Beitrag zur Sicherstellung des grundgesetzlich definierten Ziels gleichwertiger Lebensverhältnisse (Art. 72 GG). Dieses Ziel konstituiert eine Art Leitvorstellung, wonach allzu große Disparitäten, insbesondere durch die vom Staat zu gewährleistende Daseinsvorsorge, zu vermeiden sind (mit Bezug auf Gesundheitsversorgung: Ried 2016).

Öffentliche Infrastrukturleistungen lassen sich als öffentliche Güter – als „sachliche Komponente“ dessen, was man Gemeinwohl nennt (Offe 2001, S. 482), – begreifen. Sie müssen nicht nur bereit-, sondern zunächst hergestellt werden. In politischen Aushandlungsprozessen werden ihnen zwei Eigenschaften zugeschrieben: Einerseits zeichnen sich öffentliche Güter durch ihre nicht-ausschließende Bereitstellung und andererseits durch ihre nicht-rivalisierende Nutzung aus (Samuelson 1954). In dem Maße, wie die BürgerInnen zur Versorgung und Absicherung auf den Staat angewiesen sind, erfährt der Staat über die Gewährleistung öffentlicher Güter Legitimation. Vogel leitet aus dem Konzept der Daseinsvorsorge eine „Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft“ (Vogel 2007) ab: Öffentliche Güter können nur dann in ausreichendem Umfang und guter Qualität bestehen und von allen genutzt werden, wenn der Staat dafür Sorge trägt.

Wird der Staat in die Verantwortung gezogen, eine Infrastruktur zu stellen, in der die sie ausmachenden öffentlichen Güter zur Verfügung stehen, so gestaltet sich die Verantwortungsübernahme bereichsspezifisch und historisch kontingent. Entsprechend variabel gestalten sich die Formen staatlicher Gewährleistung öffentlicher Güter. Im Bereich materieller, netzgebundener Infrastrukturleistungen übernahm der deutsche Staat lange Zeit direkt oder über öffentliche Unternehmen die Leistungserbringung. Im Bereich der sozialen Infrastrukturen bestanden hingegen seit jeher Konstellationen, in denen öffentliche Leistungen in der Hand gesellschaftlicher Akteure lagen. Der Staat musste dies anerkennen,

weshalb sich seine Rolle beispielsweise im Bereich der freien Wohlfahrtspflege auf die eines kooperierenden Unterstützers beschränkte. Sowohl im Bereich materieller als auch sozialer Infrastrukturen wandelte sich die Rolle staatlicher Gewährleistung.⁶

In der umkämpften Her- und Bereitstellung von öffentlichen Gütern sind nicht nur die institutionellen Handlungsbedingungen, sondern vor allem auch die Deutungshoheit relevant, wenn es um den Umfang und die Qualität des Infrastrukturangebots geht. Der Staat wird in diesem Sinne auf allen Ebenen und von allen Seiten adressiert. Politische Akteure wie Parteien, Verbände und NGOs verfolgen ganz unterschiedliche Interessen. Indem sich diese Akteure auf bestimmte öffentliche Güter einigen, präzisieren sie deren Eigenschaftszuschreibungen: Öffentliche Güter sind so herzustellen, dass niemand von ihrer Nutzung ausgeschlossen ist und die NutzerInnen sich in der Nutzung nicht stören oder gegenseitig beeinträchtigen.

Das vorliegende Arbeitspapier untersucht, wo und wie sich Versorgungskonstellationen problemhaft darstellen und wie diese thematisiert werden. Als politisches Aushandlungsforum bieten die Gesundheitspolitik und insbesondere die soziale Infrastruktur der Gesundheitsversorgung Raum für unterschiedliche Interessenlagen. Die Nachfrage nach ausreichender und qualitativ hochwertiger Versorgung steht in einem doppelten Spannungsverhältnis zu wettbewerbs- oder marktförmiger Regulierung und damit zu ökonomischen Effizienz- und Profiterwartungen einerseits und zu begrenzten Ressourcen und zur Eigensinnigkeit staatlicher Akteure (Offe 2006) andererseits. Immer wenn die Finanzierung ambulanter medizinischer Versorgung besonders teuer erscheint oder Versorgungsleistungen unzureichend erbracht werden, wird sie vermehrt zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen. Diese Politisierung verweist ihrerseits darauf, dass öffentliche Infrastruktur grundlegend für wirtschaftliche Abläufe und die alltägliche Lebensführung ist. In der politischen Diskussion sind Akteure, deren Argumente, Begründungen und Forderungen sowie von ihnen gebildete Allianzen von Bedeutung.

Es wird aufschlussreich sein, konkurrierende Bedeutungen und Rechtfertigungen für das staatliche Angebot öffentlicher Güter zu erkunden und etwaige Zusammenschlüsse auszuweisen. Stets werden die Interessen von PatientInnen als sogenannte „schwache Interes-

⁶ Den Wandel staatlich-programmatischer Ausrichtung und dessen Leitbilder behandelt Bieling 2009. Die Auswirkungen des Modernisierungszwangs auf die Freie Wohlfahrtspflege untersucht Möhring-Hesse 2018.

sen“ mitgedacht. Infrastrukturelle Instrumente in Form angestoßener und realisierter Initiativen und Reformpolitiken können ordnungspolitischer (z. B. Verordnungen im Zulassungsrecht und Richtlinien zur Bedarfsplanung) oder marktbasierter Natur (z. B. Honoraranreize für ÄrztInnen oder staatliche Investitionen im Rahmen von Modellprojekten) sein oder in Form neuer und aufgewerteter Institutionen auftreten. Neuerdings gewinnen zudem Maßnahmen zur Flexibilisierung der ärztlichen Arbeitsmodalitäten und die Förderung des Nachwuchses an Relevanz. Die Resultate der unterschiedlichen Handlungskonstellationen und Aushandlungsprozesse umfassen die staatlichen Reaktionen auf die diskutierte Versorgungsproblematik und die entsprechende staatliche Sicherstellung der Gewährleistung medizinischer Versorgung. Reflektiert werden außerdem Kontinuitäten und Brüche in der Kompetenzzuschreibung und Adressierung des Staates und der staatlichen Kompetenzwahrnehmung. Auch etwaige gesundheitspolitische Paradigmenwechsel werden ausgewiesen.

4. Ein Rückblick in 70 Jahre Versorgungsgeschichte⁷

Schwankungen in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung mit ÄrztInnen und Leistungen spielen im deutschen Gesundheitswesen schon immer eine Rolle. Sie drücken sich jedoch historisch unterschiedlich aus und werden, abhängig von der wirtschaftlichen Situation und der daraus erwachsenden gesellschaftlichen Inanspruchnahme und Problemthematisierung, kontingent gedeutet und „behandelt“. Die ambulante medizinische Versorgung im Speziellen ist vom Sicherstellungsauftrag der KVen und dem damit direkt zusammenhängenden System der Gesamtvergütung geprägt. Der Sicherstellungsauftrag verfügt über zwei Merkmale, die immer wieder Gegenstand von Reformbestrebungen waren und sind. Erstens sind Debatten um und Reformen der, die ambulante Versorgung regelnden, Bedarfsplanung und des Zulassungsrechts folgenreich. Zweitens wird der Prozess der Auflockerung des Kollektivvertragssystem über den Ausbau von Selektivverträgen in Richtung besonderer Versorgungsangebote geprägt.

Im Folgenden wird die Versorgungsgeschichte in Deutschland, beginnend mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs, nachgezeichnet. Die Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung wurde seit jeher von den stabilen Strukturen der gemeinsamen Selbstverwal-

⁷ Der vorliegende Überblick baut auf Rosenbrock und Gerlinger 2014; Knieps und Reiners 2015; Simon 2017; Laib 2017 und den Web-Auftritten der KBV, des GKV-Spitzenverbands und des AOK Bundesverbandes auf.

tung geprägt. Nach kleineren Schwankungen in der Organisation und Vergütung der Ärzteschaft, ordnet sich die Gesellschaft, die Ärzteschaft und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen nach dem Zweiten Weltkrieg gewissermaßen neu. Lange besteht ein recht stabiles korporatistisches Gefüge, das erst im Rahmen der Wirtschaftskrise von 1973/74 in Frage gestellt wird. Die deutsche Versorgungsgeschichte tritt mit der staatlichen Kostendämpfungspolitik in eine Phase, in der die Ausgabensenkung der GKV zum vordringlichsten gesundheitspolitischen Ziel wird und wettbewerbliche Akzentuierungen in den 1990er-Jahren diese Maßnahmen flankieren.

4.1. Die Vorgeschichte

Die Einführung der Krankenversicherung im Jahre 1884 wurde seitens der Ärzteschaft zunächst als Segen empfunden. Sie versprach finanzielle Sicherheit und Ansehen. Nichtsdestotrotz bedeutete das bestehende Vertragsmonopol der Kassen einen Kampf um Zulassungen zwischen der Ärzteschaft und den Kassen. Als bald begann sich die Ärzteschaft um interne Organisationsstrukturen zu bemühen: 1900 gründete der praktische Arzt Dr. Hermann Hartmann den *Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen*, der später mit anderen Ärzteverbänden im Hartmannbund aufging. Bis in die Endphase des Kaiserreichs blieb die Stimmung innerhalb der Ärzteschaft aufgeladen. Diese sah sich im Kontext einer allgemein wissenschaftskritischen Stimmung vermehrt Vorwürfen des Nepotismus ausgesetzt. Zudem verschlechterte sich die Honorarsituation zunehmend. Durch die *Reichsversicherungsordnung* von 1911 wurde die Beziehung von Kassen und ÄrztInnen erstmals geregelt. Uneinigkeiten über die Vergütung der Ärzteschaft blieben jedoch weiter bestehen. Vor dem Hintergrund vermehrter Ärztestreiks und mit dem Ziel, den Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung zu verhindern, schloss die Ärzteschaft im *Berliner Abkommen* von 1913 eine Vereinbarung mit den Kassen: Die Zulassung von Kassenärzten wurde fortan kollektivvertraglich ausgehandelt. Das Abkommen führte Verhältniszahlen für die Zulassung von ÄrztInnen (1.350 Versicherte pro Arzt bzw. Ärztin), ein Arztregister, Vertragsausschüsse und die Einrichtung eines gemeinsamen Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen ein. Bedeutend war, dass die ÄrztInnen im Zuge des Abkommens das Monopol auf die ambulante ärztliche Versorgung erhielten.

Da im Ersten Weltkrieg viele Ärzte an der Front fielen, wurden „Notexamens“-Regelungen (Reduzierung der Approbationsanforderungen) verabschiedet, um zügig neue Ärzte auszubilden. Diese Maßnahmen schossen über das Ziel hinaus und es entbrannten aufgrund des Ärztezuwachses erneut Kämpfe um Zulassungen. Die Ärzteschaft tat sich

schwer mit den finanziellen Einbußen der Inflation zurechtzukommen und die Übertragung der Honorierung ambulant ärztlicher Tätigkeit an die Kassen zu akzeptieren. Diese entschieden im Zuge der eingeführten Versicherungspflicht fortan selbst, welche Behandlungen sie bezahlten und welche nicht. Im Dritten Reich erhöhte die niedergelassene Ärzteschaft ihren Organisationsgrad, indem die Kassenärztlichen Vereinigungen gegründet wurden. Zudem wurde 1935 die ärztliche Freiberuflichkeit beschlossen.

4.2. Kontinuität und Wandel

Innerhalb der im Folgenden zu charakterisierenden Phasen lassen sich neben diversen Kontinuitäten Momente des Wandels in der Organisation ambulanter Versorgung ausmachen, die die aktuelle Handlungs- und Akteurskonstellation verstehen helfen. Trends, die über diese Phasen hinweg gewissermaßen eine eigene in sich geschlossene Entwicklung aufweisen und aufschlussreich für die aktuelle Konstellation des Ärztemangels in strukturschwachen, vor allem ländlichen Regionen, sind, werden gesondert diskutiert.

4.2.1. Relative korporatistische Stabilität

Das Ende des Zweiten Weltkrieges zeichnet sich durch einen starken ärztlichen Zulauf (Tab. 1) und die damit einhergehende kurzzeitige Sättigung des Arbeitsmarktes für ÄrztInnen aus. Hierfür gab es diverse Gründe: Im Wintersemester 1943/44 belegten die Hälfte aller Studierenden Medizin. Die Abschaffung des Wehrdienstes erhöhte die Zahl der AbsolventInnen zusätzlich, zu den bereits arbeitssuchenden MedizinerInnen. Zudem bemühten sich geflüchtete ÄrztInnen aus der Sowjetzone, Heimatvertriebene und Militärärzte um Anstellungsverhältnisse und Zulassungen. Im Kampf um Niederlassungen nahmen viele, vor allem junge ÄrztInnen, unbezahlte Volontärstellen an.

	1907	1937	1952
Medizinstudenten pro 10 000 Einwohner	1,8	2,4	3,9
Ärzte pro 10 000 Einwohner	5,3	8,6	13,5
Einwohner (Gesamtdeutschland) in Mio.	63	66	70,2

Tab. 1: Arztlentwicklung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Datenquelle: Laib 2017, S. 260

Die unzufriedene Ärzteschaft begann sich bereits 1947 im Hartmannbund zu organisieren. Sie haderte damit, dass sich der Wohlstand aus Vorkriegszeiten nicht wiedereinstellte und forderte erfolglos die Drosselung der Zulassungen und eine zeitweise Sperrung des Medizinstudiums.

Nachdem sich die kurzzeitige Ärzteschwemme einstellte, wuchsen im Zuge einer Reform des Kassenarztrechts Mitte der 1950er-Jahre erneut Unzufriedenheiten in der Ärzteschaft: Das *Kassenarztgesetz* (1955) und die Zulassungsverordnung von 1957 führten Zulassungsbezirke und Verhältniszahlen für die ambulante ärztliche Versorgung ein. Die Ärzteschaft fühlte sich von dieser Regelung in ihrem Grundrecht auf freie Berufsausübung eingeschränkt und reichte Klage beim BVerfG ein. Dieses entschied⁸, dass Zulassungsbeschränkungen nur zulässig waren, wenn besonders relevante gesellschaftliche Interessen anders nicht geschützt werden können. Sie wurden in Folge kaum ausgesprochen und bald gänzlich ausgesetzt.

Im Laufe der 1950er-Jahre wuchs die deutsche Wirtschaft rasant und nachhaltig an. Die Gesundheitspolitik war von da an von einem Ausbau der Versorgung und einer damit einhergehenden expansiven Ausgabenentwicklung gekennzeichnet. Dies war insofern unproblematisch, als die hohen wirtschaftlichen Wachstumsraten auch zu einem Einnahmewachstum der Kassen führten. Im Zuge steigender Versichertenzahlen stieg auch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, wodurch sich die finanzielle Situation und damit die allgemeine Zufriedenheit der Ärzteschaft zunehmend stabilisierte.

In den frühen 1960er-Jahren entstand eine rege Diskussion um den Arztberuf. Das *Kassenarztrecht* der vergangenen Dekade hatte die finanzielle Lage der ÄrztInnen verbessert. Auch innerhalb der Ärzteschaft war nun Zeit und Raum, sich unter anderem mit den Gräueltaten des Dritten Reichs auseinanderzusetzen und sich von diesen zu distanzieren. Das resultierende Bild des Arztes fiel positiver denn je aus, wodurch das Interesse am Medizinstudium wuchs. Entsprechend stieg die Zahl der ÄrztInnen an und das Einwohner-Arzt-Verhältnis entspannte sich (Tab. 2).

	1953	1958	1968
Anzahl der ÄrztInnen	71 931	79 425	104 515
Einwohner in Mio.	51	54	59
Einwohner/Arzt	709	680	574

Tab. 2 *Arztzahlenentwicklung der 1950er und 19-60 Jahre, Datenquelle: Laib 2017, S. 263*

Die Situation der Ärzteschaft in den Krankenhäusern stellte sich hingegen schwierig dar: Diverse Ober- und Assistenzarztstellen waren unbesetzt und die Häuser befanden sich allgemein in einem teils desolaten Zustand. Dieser war der unzureichenden Selbstkostende-

⁸ Kassenarzturteil (BVerfGE 11, 30 ff.).

ckelung geschuldet und schlug sich in einem Personalmangel vor allem im ärztlich-pflegerischen Dienst nieder. Zunehmend beklagte die wachsende Ärzteschaft erneut die sich verkomplizierende Honorarlage, worauf sie 1965 mit der Umstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Kopfpauschalen auf Einzelleistungsvergütungen „belohnt“ wurde. Der Leistungskatalog gewann an Umfang und Leistungen wurden vermehrt in Anspruch genommen. Die Ärzteschaft nahm diesen Wandel positiv auf, schließlich ermöglichten mehr Behandlungen im Einzelvergütungskontext steigende Einnahmen. Im Zuge der Ausweitung des Leistungskatalogs wurde auch die Prävention in ärztliche Hände gelegt. Damit entwickelte sich der Arzt gewissermaßen zum Gesundheitsmanager. Im Kontext der positiven Wahrnehmung war bald vom „Halbgott in Weiß“ die Rede. Gegen Ende der 1960er-Jahre, mehr noch in den Folgejahrzehnten, wurde der ärztliche Beruf im Kontext des Zeitungsbooms und der medialen Darstellung im Fernsehen vermehrt sensationell porträtiert und teilweise verherrlicht.

Doch so unfehlbar wie die Halbgötter der Schwarzwaldklinik waren ÄrztInnen in Wirklichkeit nicht. Eine Studie zum Wandel des Arztbildes konstatiert, gesellschaftliche Selbstdiagnosen seien eine Folge der zunehmenden Frustration mit der Ärzteschaft gewesen. ÄrztInnen wurden als „unmodern“ wahrgenommen, wenn sie nicht die neuste Technik nutzten oder Behandlungen einleiteten (Bundesärztekammer 1967, zit. nach Laib 2017, S. 109). Plausibel erscheint auch, die Frustration als Folge der Vergötterung der Ärzteschaft einzuordnen. Woher sie nun auch rührte, die öffentliche Kritik an den ÄrztInnen stieg an.

Die Ausweitung der ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich und dessen strikte Trennung vom stationären Sektor schlugen sich bald merklich in fragmentierten Behandlungsverläufen und vermehrter Leistungseffizienz nieder. Diese Entwicklung wurde im Rahmen der gesellschaftlichen Umbrüche und Unruhen zum Ende der 1960er-Jahre angeprangert. Junge NachwuchsärztInnen engagierten sich in der Studentenbewegung, deren Systemkritik auch die Bedingungen und Verhältnisse des Arztberufes kritisierten. Der konservative „Halbgott in Weiß“ bot zunehmend weniger Identifikationsfläche für den Nachwuchs. Gefordert wurde hingegen unter anderem der Ausbau von Mit- und Selbstbestimmungsrechten für PatientInnen. Aus diesen Dynamiken heraus entstand die Selbsthilfebewegung der 1970er-Jahre.

Anhaltende Leistungsausweitungen (*Leistungsverbesserungsgesetz* von 1973) führten in Kombination mit wachsenden Versichertenzahlen trotz steigender Kasseneinnahmen zu einer

Situation, die als „Kostenexplosion“⁹ in der GKV gedeutet wurde. Vormalig als sozialstaatliche Errungenschaften geltende, politisch gewollte Ausgabensteigerungen wurden als teurer Luxus diskutiert. Zwei Größen, die in der Tat die Ausgaben der GKV erhöhten, waren die pharmazeutische Industrie und die medizintechnischen Entwicklungen im Bereich der Hochtechnologie. Das Regulierungssystem der Arzneimittelversorgung in Deutschland ist durch „eine vergleichsweise große Rolle gewinnwirtschaftlicher Steuerungselemente gekennzeichnet“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 281). Der Markt der Generika, jener Arzneimittel, die wirkstoffmäßig mit einem bereits früher zugelassenen Mittel übereinstimmen, ist vom Wettbewerb zwischen Herstellern aber auch Kassen (s. Rabattverträge) dominiert, während private Unternehmen die Preisfeststellung im Patent-Markt bestimmen. Dieser war lange Zeit von staatlicher Regulierung ausgenommen und die Pharma-Hersteller besetzten das Preismonopol. Sie investierten in die Entwicklung von Originalpräparaten und setzten hohe Preise an. Der Anteil der Arzneimittelausgaben an den GKV-Gesamtausgaben stieg seit Mitte der 1960er-Jahre kontinuierlich an (Abb. 1).

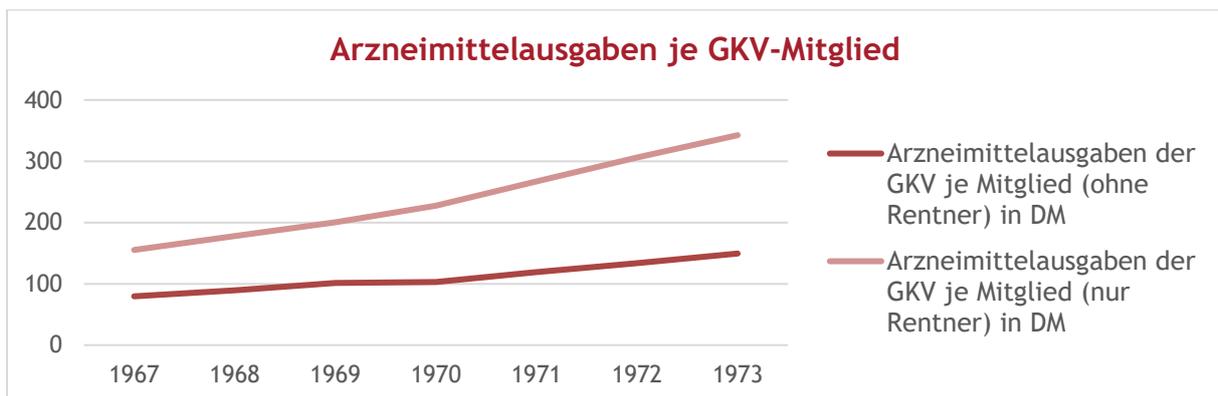


Abb. 1 Arzneimittelausgaben je GKV-Mitglied, Datenquelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie 1972, 32f., 1975, S. 53

Auch der medizinische Fortschritt im Bereich der Hochtechnologie kostete die Krankenkassen Millionen. Die Erforschung und Anerkennung von Erkrankungen gehen damit einher, dass die Kassen deren Behandlungskosten zu Teilen oder in Gänze übernehmen. Zudem wurden in den 1970er-Jahren kostspielige Entwicklungen wie die Magnetresonanztomographie (1973) und die Computertomographie (1976) gemacht, Eingriffe wie Herzschrittmacher-OPs durchgeführt und Impfstoffe großen Teilen der Bevölkerung zugänglich gemacht. Aber auch die KassenärztInnen wurden mitverantwortlich für die „zu teure“ Versorgung gemacht und gar „kapitalistische Ausbeuter“ (Laib 2017, S. 145) geschimpft.

⁹ Der Begriff der „Kostenexplosion“ wird kritisch betrachtet, vor allem, da die GKV-Ausgaben in diesem Zusammenhang über nominale Ausgabenentwicklungen und den Beitragssatz und nicht das BIP kontextualisiert werden (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 152).

Im Einzelvergütungssystem herrschten für sie finanzielle Anreize, diagnostische Leistungen wie Laboruntersuchungen zu verschreiben oder durchzuführen.

„Eine gemeinsam vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) mit dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (ZI) durchgeführte Erhebung dokumentierte für den Zeitraum von 1980 bis 1986 einen deutlichen Leistungsanstieg bei zugleich sinkender Patientenzahl.“ (Reiners 1987, S. 160ff., zit. nach Knieps und Reiners 2015, S. 210)

Im sogenannten „diagnostischen Overkill“ (Kirchberger 1986 nach ebd.) kamen zwei Entwicklungen zusammen: Einerseits wurden die ärztlichen Leistungen mit relativ hohen Punkten bewertet und andererseits herrschte unter den ÄrztInnen eine risikoaverse Stimmung, die zu einer Ausweitung der eingeleiteten diagnostischen Schritte pro Patient führte. Neben diesen Anreiz- und Strukturfaktoren prägten die Folgen der Wirtschaftskrise von 1973/74, genauer das niedrige Wirtschaftswachstum und die steigenden Arbeitslosenzahlen, die volkswirtschaftliche Entwicklung Deutschlands zusätzlich.

1976 führte das *Krankenversicherung-Weiterentwicklungsgesetz* vor dem Hintergrund steigender GKV-Ausgaben das angebotsinduzierte Instrument der kassenärztlichen Bedarfsplanung ein. So sollten die Arztzahlen und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begrenzt werden. Fortan erließen die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien, nach deren Maßgabe die Landesausschüsse Maßnahmen einleiteten. Zunächst konnten die Ausschüsse jedoch allein eine Unterversorgung feststellen.

4.2.2. Die staatliche Kostendämpfungspolitik und ihre wettbewerbliche Akzentuierung

Die an ihre Grenzen stoßenden Angebotsregulierungen führten Mitte der 1970er-Jahre dazu, dass die Begrenzung der GKV-Ausgaben zum vordringlichen Ziel der bundesdeutschen Gesundheitspolitik wurde. Innerhalb der staatlichen Regulierungsmaßnahmen, die als „Kostendämpfungspolitik“ in die Geschichte eingingen, lassen sich zwei Etappen ausmachen: Zwischen 1975 und 1992 blieben die historisch gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung im Wesentlichen unangetastet. Es wird von einer traditionellen oder strukturkonservierenden Kostendämpfungspolitik gesprochen. Das *Gesundheitsstrukturgesetz* leitete 1992 einen wettbewerblichen Paradigmenwechsel ein, an dem sich die Reformen der Folgejahre orientieren.

Strukturkonservierende Kostendämpfungspolitik

Die erste Stufe der Kostendämpfungspolitik wurde 1977 eingeläutet und hielt bis 1989 an. Diverse Gesetze zielten in dieser Zeit darauf, die Finanzierung der GKV zu erhalten. Ziel

war es, die GKV-Ausgaben an die Einnahme anzupassen. In erster Linie sollten die Kassenbeiträge der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen so niedrig wie möglich gehalten werden. Die Begrenzung der Lohnnebenkosten für Unternehmen manifestierte sich im Primat der Betragssatzstabilität. Fortan war die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik vorherrschendes gesundheitspolitisches Paradigma. Den Leistungsanbietern gelang es jedoch wiederholt in Nachverhandlungen mit den Kassen zu treten und so Vergütungserhöhungen nachträglich durchzusetzen. Obwohl die Ausgaben und Beitragssätze so stiegen, erfolgte der Anstieg im Vergleich zur ersten Hälfte der 1970er-Jahre gebremst.

Die Kostendämpfungsgesetze brachten keine großen strukturellen Veränderungen hervor, organisierten jedoch die ärztliche Gebührenordnung in Form eines Einheitlichen Bewertungsmaßstabes neu, unter anderem um die Ausweitung von technisch-apparativen Leistungen zurückzufahren. Dies wurde von der Ärzteschaft kritisch aufgenommen. Sie sah sich durch die finanziellen Einsparungen in ihrer Berufsausübung eingeschränkt.

Insgesamt war in der frühen Kostendämpfungspolitik, neben der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, die Stärkung der Kassen gegenüber den Leistungsanbietern prägend. Die Reformen nutzten Instrumente wie die Begrenzung von Leistungsausgaben, die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die Privatisierung von Behandlungskosten über individuelle Zuzahlungen, deren sukzessive Erhöhung und Streichung aus dem Leistungskatalog (s. Rezeptblattgebühr, Zuzahlungen bei Zahnersatz, Zuschussstreichungen für Kuren) und die Erweiterung des beitragspflichtigen Einkommens. Die Maßnahmen wurden alsbald als „Rasenmäherprinzip“ und „Verschiebebahnhof“ in der Öffentlichkeit diskutiert. „Rasenmäherprinzip“, weil Ausgaben und Budgets gekürzt, eingefroren oder in ihren Zuwächsen begrenzt wurden und „Verschiebebahnhof“, aufgrund der Tatsache, dass Ausgaben innerhalb des Sozialbudgets zulasten der GKV verlagert wurden.

Das von der Ärzteschaft in den 1960er-Jahren erkämpfte Verbot von Zulassungsbeschränkungen und die positive Sicht auf den ärztlichen Beruf dieses Jahrzehnts wirkte in die 1980er-Jahre nach: 1983 wurde der Höhepunkt an BewerberInnen für das Medizinstudium – eine „Ärztenschwemme“ – erreicht (Abb. 2). Außerdem verdoppelte sich zwischen 1960 und 1980 die Zahl der MedizinerInnen auf dem Arbeitsmarkt (Abb. 4, S. 31).

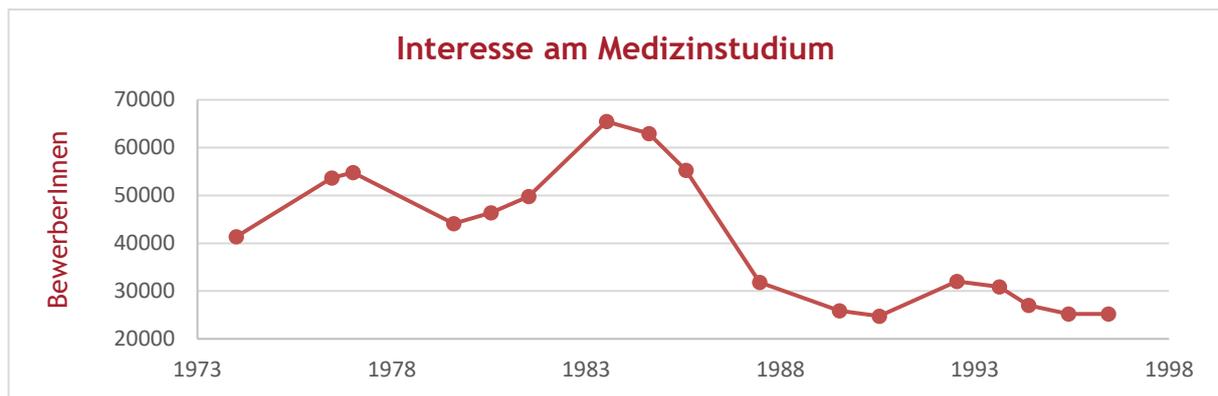


Abb. 2, Interesse am Medizinstudium, Datenquelle: Laib 2017, S. 177

Es herrschte allgemeine Unsicherheit darüber, wie mit der „Ärztenschwemme“ umgegangen werden sollte. Gewerkschaften, Ärztekammern und Universitäten taten sich zusammen und warben für die Ausweitung der ärztlichen Berufstätigkeit: Die Medizintechnik und das Krankenhausmanagement wurden in diesem Zusammenhang als Berufsfelder diskutiert. Erstmals wurde in den 1980er-Jahren auch das vertragsärztliche Monopol auf die ambulante Versorgung in Frage gestellt. Diverse WissenschaftlerInnen sprachen sich für erweiterte Versorgungsfreiheiten aus. Die Leistungserbringer selbst liebäugelten hingegen mit integrierten Versorgungsstrukturen, die eine stärkere Vernetzung der Fachdisziplinen und Sektoren umfassen. Erstmals wurde die Notwendigkeit der Beachtung demografischer Entwicklungen in der Bedarfsplanung diskutiert (Ferber und Radebold 1989). Schließlich kam eine vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission 1987 zu dem Entschluss¹⁰, dass die ordnungspolitischen Instrumente im Rahmen medizinischer Entwicklungen den Anforderungen, eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, nicht mehr gerecht werden konnten. Zudem bestanden weiter finanzielle Anreize zur Mengenausweitung im Rahmen der Einzelleistungsvergütung, die verhinderten, dass die ÄrztInnen die Erbringung von Leistungen nachhaltig einschränkten. Auch die Versicherten waren durch das Zuzahlungsvolumen nicht veranlasst, ihre Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu reduzieren.

Wie andere Leistungsarten der GKV stand bald auch der Arzneimittelsektor im Zeichen der Kostendämpfung (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 261ff.). Das Ergebnis diverser Reformen ist ein komplexer Mix von Steuerungsinstrumenten, die die Mengen-, Preis- und Strukturkomponenten der Ausgabenentwicklung zu regulieren versuchen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 361ff.). So wurden seit den 1980er-Jahren diverse Einschränkungen

¹⁰ Bundestags-Drucksache 11/6380 vom 12.2.1990.

der Verordnungsfähigkeit vorgenommen (s. Bagatellarzneimittel 1983). Das wichtigste Instrument der Kostendämpfung war jedoch die staatliche Regulierung der Preise. Da sich diese auf die Festsetzung der Großhandels- und Apothekenzuschläge der jeweiligen Einkaufspreise beschränkt, wurde von der „Preisbindung der zweiten Hand“ gesprochen (ebd.). Der Staat delegierte die Preisfestsetzung für Generika an die Spitzenverbände der Kassen, während diese im Bereich patentgeschützter Originalpräparate lange Zeit keine Rolle spielte.

Das vom damaligen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Blüm (CDU) vorbereitete *Gesundheitsreformgesetz* von 1989 sollte die GKV auf eine neue gesetzliche Grundlage stellen und die Kostendämpfung neu ausrichten. Neu eingeführte und erhöhte Zuzahlungen, Leistungskürzungen und die Neugründung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sollten der GKV dazu verhelfen etwa 14,5 Milliarden Mark zu sparen. Das Gesetz war darauf ausgelegt, erste Strukturreformen in der GKV einzuleiten. Die Bundesregierung vermerkte in ihrem Gesetzesentwurf, dass die Ausgabensteigerungen auf Leistungsausweitungen, medizinischen Fortschritt und höhere Versorgungsqualität zurückführbar seien. Gerade den rasanten Kostensteigerungen im Zuge medizinisch-technischer Entwicklungen sollte Einhalt geboten werden. Zugleich seien Überversorgung, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten zu registrieren.

„Die Bilanz zehnjähriger Kostendämpfungsbemühungen von Gesetzgeber und Selbstverwaltung macht deutlich, dass es zu einer breit angelegten Strukturreform, die an den Ursachen von Fehlentwicklungen ansetzt und Systemmängel beseitigt, keine vernünftige Alternative gibt.“ (GRG-Entwurf 1988: 135¹¹)

Der Gesetzgeber wollte eine deutliche Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erreichen. Hierzu richtete er die *Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen*, die Vorläuferin des heutigen Sachverständigenrats, ein. Sie sollte Empfehlungen zu Ausgabenentwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität abgeben. Mit diesen politischen Neuorientierungen ging eine funktionale Aufwertung der Bundesausschüsse einher: Fortan waren sie zum Erlass von Richtlinien und Maßnahmen für Über- und Unterversorgung verpflichtet (§ 101 SGB V).

Die Kostenbremse des *Gesundheitsreformgesetzes* konnte nur kurzfristige Effekte verzeichnen. Schließlich waren die Gesundheitsausgaben zwischen 1975 und 1987 pro Mitglied von 1737 auf 3237 DM und auch der Beitragssatz von 11,4 auf 12,6 Prozent gestiegen. Der Druck auf die Bundesregierung blieb bestehen. Es wäre verkürzt, die frühen Maßnahmen

¹¹ Bundestags-Drucksache 11/2237 vom 3.5.1988.

der Kostendämpfungspolitik als erfolglos abzutun. Vielmehr war ihre Wirkmacht aus unterschiedlichen Gründen begrenzt: Unter dem Dach der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik blieben die finanziellen Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge bei den Leistungserbringern bestehen. Die negativen Auswirkungen von Beitragserhöhungen für die Kassen hielten sich in Grenzen und das Zuzahlungsvolumen für die Versicherten war zu gering, um diese zu veranlassen die Inanspruchnahme von Leistungen langfristig aus eigenem finanziellen Interesse einzuschränken (Gerlinger und Schönwälder 2012).

Wettbewerblicher Paradigmenwechsel durch das *Gesundheitsstrukturgesetz* (1992)

Kumuliert führten das Scheitern des *Gesundheitsreformgesetzes*, die steigenden GKV-Ausgaben – die Beitragssätze der Kassen stiegen 1992 von 12,2 auf 13,12 Prozent –, die Rentenreform von 1989 und der durch die voranschreitende Globalisierung wachsende Druck auf die Lohnkosten dazu, dass die bisher verfolgten Politiken als ungenügend wahrgenommen wurden (ebd.). Im Rahmen eines überparteilichen Konsenses zwischen CDU/CSU und SPD wurde 1992 die erste große deutsche Gesundheitsreform in Form des *Gesundheitsstrukturgesetzes* eingeleitet. Sie leitete einen Paradigmenwechsel ein, der zur Basisorientierung für nachfolgende Reformen wurde. Das Gesetz sah *erstens* Änderungen in der Bedarfsplanung vor, führte *zweitens* die freie Kassenwahl ein und reformierte *drittens* das ambulant ärztliche Vergütungssystem.

Bereits Anfang der 1990er-Jahre setzte sich eine Koalition aus Kassen und Kassenärzten für schärfere Zulassungsbegrenzungen ein. Die KBV ließ in diesem Zusammenhang wissen, dass sie sich einer entsprechenden Neuregelung der Bedarfsplanung „nicht widersetzen“ (Knieps und Reiners 2015, S. 250) würde. Das *Gesundheitsstrukturgesetz* gab den Forderungen nach einer Novellierung der *Bedarfsplanungsrichtlinie* (BPL-RL) statt und beauftragte den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen damit. Die Umstrukturierungen der BPL-RL wirkte auf verschiedenen Ebenen: Neben einer neuen Berechnung der Verhältniszahlen, wurde die hausärztliche Versorgung durch Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten festgelegt und es wurden qualitätsbezogene Sonderbedarfs-Feststellungen definiert. Außerdem konnten bei Überversorgung in Zukunft lokale Sonderbedarfe in Betracht gezogen werden. Zudem wurden neue Planungsbereiche für die Verteilung niedergelassener Ärzte und Ärztinnen definiert: Dem Raumordnungsmodell des *Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung* wurden vier Regionstypen entnommen (Regionen mit großen Verdichtungsräumen, Regionen mit Verdichtungsansätzen, ländlichen Regionen und das Ruhrgebiet als Sonderregion). Diese wurden jeweils weiter unterteilt

und den entstandenen Einheiten für die verschiedenen Arztgruppen Einwohner-Arzt-Relationen zugewiesen.

Gewichtigerer Bestandteil und nachhaltiges Erbe der Reform war die Einführung der freien Kassenwahl durch den damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU). Zwischen den Kassen entstand in der Folge ein Wettbewerb um Versicherte. Dieser wird seither rege diskutiert und kritisch reflektiert (Bode 2010). Um die historisch unterschiedlich gewachsenen Versichertenstrukturen in der GKV auszugleichen, ging mit der freien Kassenwahl die Einführung des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) einher. Den weitreichendsten Reformpunkt für die Ärzteschaft stellte die Einführung der Budgetierung der vertragsärztlichen Honorierung dar. Sie sollte den Anstieg der Beitragssätze der Kassen abmildern und war zeitlich begrenzt. Ein „Ausgabendeckel“ auf die Vergütung vertragsärztlicher Versorgung bedeutete nicht, dass die Mittel für die Gesamtvergütung gar nicht steigen konnten. Vielmehr lässt sich in der Rückschau nachvollziehen, dass dies seit 1993 sehr wohl der Fall war (Abb. 3).



Abb. 3, Gesamtausgaben der GKV, Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit 2019.

Die Budgetierung bedeutete, dass die Gesamtvergütung fortan in festgelegten Grenzen – hierfür war der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten – steigen konnte. Das bedeutete, dass sich die Gesamtvergütung nicht stärker als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten, die sogenannte „Grundlohnsumme“, erhöhen konnte.

Die Budgetierung schürte in der Vertragsärzteschaft große Unzufriedenheit: Sie verlangte den ÄrztInnen ungerechtfertigte Opfer ab und beeinträchtigte die Qualität der Patientenversorgung maßgeblich (Gerlinger und Burkhardt 2012). Die Bundesärztekammer ließ in einem Beschluss des 97. Deutschen Ärztetages vom Mai 1994 kritisch verlauten,

„der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist ein politisches Ziel, aber kein den Versorgungsnotwendigkeiten angemessenes Kriterium zur Steuerung der Finanzmittel für das Gesundheitswesen“ (Bundesärztekammer 1994).

Auch das ärztliche Verordnungsverhalten bei der Arzneimittelvergabe wurde über Budgets zu steuern versucht: Bei einer Überschreitung entsprechender Obergrenzen wurde die ärztliche Gesamtvergütung einer KV um den Fehlbetrag verringert. Diesen „Kollektivregress“ lehnte die Ärzteschaft ab, wohingegen die Kassen sein Einsparungspotenzial begrüßten (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 272).

Durch die Notbremse der Reform verzeichneten die Kassen 1993 einen Überschuss von mehr als zehn Milliarden Mark. Schon nach nur zwei Jahre bewirkten die konjunkturellen Entwicklungen, die steigende Arbeitslosigkeit und die auslaufende Budgetierung ein erneutes Minus. In der Folge stieg der durchschnittliche Beitragssatz merklich an. Das spitzte die gesellschaftliche Diskussion um die Notwendigkeit einer „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform zu. Um mit allen Beteiligten in der GKV über eine weitere Reform zu beraten, setzte Bundesgesundheitsminister Seehofer für 1995 die sogenannten „Petersberger Gespräche“ an.

Im Rahmen des *Programms für Wachstum und Beschäftigung* der Bundesregierung wurde das *Beitragsentlastungsgesetz* (1996) beschlossen. Es verpflichtete die Kassen, ihre Beiträge zu senken, erhöhte diverse Zuzahlungen und beschränkte den Leistungskatalog. Noch im selben Jahr wurde ein drastischer Punktwerteverfall beobachtet, worauf mit arztgruppenspezifischen und fallzahlenabhängigen Obergrenzen für die von einem Vertragsarzt abrechenbaren Leistungen in Form des Mengeninstruments des Praxisbudgets reagiert wurde.

1997 folgten zwei *GKV-Neuordnungsgesetze*, die erste Ansätze zur Einführung neuer (indikationsbezogener) Versorgungsformen vorsahen. Sie ermöglichten Strukturverträge zwischen den Landesverbänden der Kassen und den KVen (§ 73a SGB V). So konnten Versorgungsformen mit differenzierten Vergütungssystemen vereinbart und über Vergütungspauschalen oder Bonus-Malus-Regelungen ergänzt werden. Da die Strukturverträge im weiterhin bestehenden Kontext des Kollektivsystems stattfanden, mussten die Kassen ihnen zustimmen. Ihnen fehlten jedoch adäquate Anreize, um entsprechende Anstrengungen zu unternehmen, weshalb die Strukturverträge eher wenig umgesetzt wurden. Sie betreffen in der Praxis vor allem Arzt-/Praxisnetze und das ambulante Operieren.

Im Zuge des Regierungswechsels von 1998 revidierte die rot-grüne Koalition zahlreiche Regelungen der *GKV-Neuordnungsgesetze*. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) erarbeitete eine umfassende Gesundheitsreform. Präventionsleistungen wurden

ausgebaut, Modellvorhaben zur VerbraucherInnen- und PatientInnenberatung ermöglicht und Bonusprogramme für Hausarztmodelle eingeführt. Zeitgleich wurden die Wirtschaftlichkeitsreserven der Krankenhäuser ausgeschöpft und die Einführung eines leistungsorientierten Versorgungssystems auf Grundlage diagnosebezogener Fallgruppen beschlossen.

Die Reformvorhaben wurden seitens der Gesundheitsberufe stark kritisiert. Es kam zu Ärzteprotesten, heftigen Debatten und persönlichen Angriffen auf Bundesgesundheitsministerin Fischer (Deutsches Ärzteblatt 1999). Bundeskanzler Gerhard Schröder griff daraufhin in die aufgeladene Situation ein und initiierte ein informelles *Bündnis für Gesundheit*. Die Plattform sollte dazu dienen, die Gesundheitsministerin, die Koalitionsfraktionen und die Verbände der Gesundheitsberufe ins Gespräch zu bringen, um gemeinsame Lösungen für die umstrittene Gesundheitsreform zu finden (Hamburger Morgenpost 1999).

Die *GKV-Gesundheitsreform 2000* verfolgte unter anderem das Ziel, das im Sinne alternativer und integrierter Versorgungsformen verlorene Jahrzehnt¹² der 1990er-Jahre aufzuarbeiten. Bezüglich ihrer Erfolgsaussichten wies die Reform jedoch ein ähnliches Manko wie ihre Vorgängerinnen auf: Innovationsfeindliche Wettbewerbsparameter zwangen die Kassen zu einer einheitlichen Vertragspolitik (Jacobs und Schröder 1999). Nichtsdestotrotz wurde mit einem eigenen Abschnitt zur Integrierten Versorgung im SGB V ein neuer Akzent in der Versorgungsgeschichte gesetzt. Zusätzlich entstanden strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, die außerhalb der Gesamtvergütung honoriert wurden.

Zusammenfassend lässt sich die wettbewerbliche Akzentuierung der Kostendämpfung durch folgende Merkmale charakterisieren: freie Kassenwahl, Pauschalen und Individualbudgets, Schub in Richtung Privatisierung von Krankenbehandlungskosten und Wettbewerbsbeziehungen zwischen Leistungsanbietern und -erbringern. Gemein ist den Steuerungselementen, dass sie Anreize für Individualakteure setzten, sich an der Ausgabenbegrenzung zu beteiligen. So sollte eine Kohärenz zwischen den gesundheitspolitischen Globalzielen und den individuellen Handlungsrationalitäten geschaffen werden. Zur Folge hatte diese Politik allerdings vor allem eine „ökonomische Überformung therapeutischer Entscheidungen“ (Gerlinger und Schönwälder 2012), die im ambulanten Sektor von einer Stärkung der Kassen gegenüber der Ärzteschaft begleitet wurde. Wie dargestellt wurde,

¹² Die Diskussionen der 1980er-Jahre und einschlägige alternative Versorgungserfahrung in der DDR wurden in der neuen Bundesrepublik zunächst ausgeblendet. Die 1989 losgetretenen Reformen ermöglichten lediglich dreiseitige Verträge für ambulante Operationen zwischen den Kassen, KVen und Krankenhäusern.

gelang es der Ärzteschaft immer wieder, diese Maßnahmen zu unterwandern, zum Beispiel indem die KVen den Kassen ausgabenwirksame Zugeständnisse abnötigten.

Die Zuspitzung der soziodemografischen Entwicklungen

Zu Beginn der Jahrtausendwende zeichnete sich, trotz steigender Beitragssätze der GKV, allmählich eine drohende Unterversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ab. Die Zahl der HausärztInnen an der Ärzteschaft sank, die regionalen Bezugsgrößen in der Bedarfsplanung erwiesen sich als unzureichend und innerhalb der Ärzteschaft wurde zunehmend der Bedarf an flexiblen Arbeitszeiten und Anstellungsverhältnissen laut. Vor allem junge ÄrztInnen engagierten sich gegen schlechte Bezahlung und für eine „Work-Life-Balance“. Und sie konnten sich diese Forderungen leisten, denn quasi über Nacht kippte die Lage 2002: ein echter Ärztemangel stellte sich ein und versetzte die Ärzteschaft in eine komfortable Verhandlungssituation.

Bereits 2003 reagierte die rot-grüne Bundesregierung im Rahmen der *Agenda 2010* im Bereich der Krankenversicherung mit dem *GKV-Modernisierungsgesetz* auf diese Entwicklungen. Ziel war es, die Kassen zu entlasten, indem Zuzahlungen erhöht und Leistungen gestrichen wurden und unter anderem beim Zahnersatz und dem Krankengeld vermehrt auf private Absicherung gesetzt wurde. Die Einführung der Praxisgebühr stellte einen Bruch mit der Tradition der GKV dar, den Erstzugang zu medizinischer Versorgung ohne finanzielle Hindernisse zu gewährleisten. Die Kapazitäten der Kassen wurden in Richtung Bonusprogramme, Kooperation mit Privatversicherern und in Form von staatlichen Zuschüssen ausgebaut. Zudem konnten die Krankenhäuser für bestimmte Indikationen, hochspezialisierte Leistungen und im Zusammenhang der strukturierten Behandlungsprogramme für ambulante Behandlungen geöffnet werden. Neben den Sparmaßnahmen, wurden, nach indikationsbezogenen Versorgungsformen des vorangegangenen Jahrzehnts, mit dem *GKV-Modernisierungsgesetz* populationsbezogene Versorgungsformen eingeführt und ausgebaut. Im Rahmen der Integrierten Versorgung durften Kassen erstmals Selektivverträge mit einzelnen Leistungsanbietern schließen ohne die KVen einzubinden. Kern dieser Versorgungsformen waren *erstens* die Hausarztzentrierte Versorgung (§73b SGB V) und *zweitens* die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung schließen Kassen Verträge mit Hausärzten ab, die sich zu bestimmten Leistungen, insbesondere zur Beratung von PatientInnen, verpflichten. Sie nehmen in Folge eine Lotsenstellung für die PatientInnen ein. Die Teilnahme für Versicherte ist freiwillig. Bei einer Teilnahme verpflichten sich die PatientInnen

dazu, einen Facharzt oder eine Fachärztin erst nach der Konsultation ihres Hausarztes oder ihrer Hausärztin aufzusuchen. Seit 2007 sind die Kassen verpflichtet eine Option auf Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) setzte dies gegen den Widerstand der Union durch. Versuche von Nachfolger Philipp Rösler (FDP) das Modell zu beschneiden scheiterten. Durch die Bestimmung der Hausarztzentrierten Versorgung erhielt der Hausärzteverband eine bedeutende Aufwertung. Er war und ist mit seinen Ressourcen am ehesten in der Lage, entsprechende regionale Gemeinschaftsverträge zu konzipieren und umzusetzen (Knieps und Reiners 2015, S. 261).

Auch die Einrichtung der MVZ markierten einen Wandel, indem das Dogma der niedergelassenen Einzelpraxis aufgegeben wurde. Einstiger Gegenwind ist mittlerweile dem Konsens gewichen, dass nur eine Mischung aus integrierten Versorgungsstrukturen und neuen Organisations- und Betriebsformen eine ausreichende, qualitativ hochwertige Versorgung in der Fläche sicherstellen kann. Bis 2008 wurden die Maßnahmen des *GKV-Modernisierungsgesetzes* anschubfinanziert, also beispielsweise in Form von förderwürdigen Modellprojekten finanziell unterstützt. Die Anwendung von Selektivverträgen ging jedoch bald zurück, vor allem da die entsprechenden Maßnahmen, zumindest in der Startphase, mit Mehrkosten für die Kassen verbunden waren.

Ähnlich wie im Rahmen der Debatte um die Einführung von Fallpauschalen in Krankenhäusern, fand die Morbiditätsorientierung auch Einzug in die Diskussion um die vertragsärztliche Versorgung. Die KBV kritisierte die von der ehemaligen Gesundheitsministerin Fischer zunächst favorisierte Pauschalisierung vertragsärztlicher Vergütung: Man löse das Problem des mangelnden Morbiditätsbezugs in der Honorierung nicht über pauschale Vergütungssysteme (Stillfried und Gramsch 2003). Gesundheitsministerin Schmidt legte mit dem *GKV-Modernisierungsgesetz* den Grundstein für ein System sogenannter Regelleistungsvolumina. Als Instrument der Mengensteuerung in der vertragsärztlichen Versorgung legen sie eine Obergrenze der abrechenbaren Leistungen fest. Sie stehen damit in der Tradition der Praxisbudgets und stellen gewissermaßen eine arztgruppenspezifische Erweiterung dar. Ziel war es, die VertragsärztInnen angemessen zu vergüten und ihre wirtschaftliche Planungssicherheit zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wurde der Bewertungsausschuss damit beauftragt, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab neu aufzulegen. Er einigte sich gemeinsam mit der KBV und dem *GKV-Spitzenverband* darauf, den Maßstab in einen haus- und einen fachärztlichen Teil zu gliedern. Folglich wurden alle Leistungen

neu berechnet und unter ihnen rund 70 Prozent als Fallpauschale oder Leistungskomplex, sowie 30 Prozent als Einzelleistungsvergütung abgerechnet.

Im Oktober 2006 beschloss die Große Koalition, in Vorbereitung einer für 2007 angesetzten Gesundheitsreform, eine Änderung des Vertragsarztrechts. Es sollte die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der ambulant ärztlichen Versorgung flexibilisieren, um der sich androhende Unterversorgung in ländlichen Regionen, vor allem in den neuen Bundesländern, entgegenzuwirken. Die wichtigsten Regelungen umfassten die Möglichkeit zur Teilzulassung von Vertragsärzten, den Wegfall der Altersgrenze von 55 Jahren für die Niederlassung und von 68 Jahren für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Gebieten.

Die negativen Effekte der 2003 beschlossenen, prospektiven Budgets der Regelleistungsvolumina schlugen sich bald darin nieder, dass ÄrztInnen ihre Sprechstunden so gestalteten, dass sie ihre PatientInnen möglichst passgenau auf das Praxisbudget verteilten. Vor allem in ländlichen Regionen mit geringen Arztlizenzen kam es in diesem Zusammenhang zu Versorgungsdefiziten. Währenddessen stiegen die im Rahmen der Gesamtvergütung gezahlten Kopfpauschalen nach wie vor gemäß der Grundlohnsumme an, ohne jedoch die Versicherungsstrukturen der Kassen zu berücksichtigen. So verlagerte sich das Morbiditätsrisiko der gesetzlich Versicherten auf die Kassen.

Das *GKV-Modernisierungsgesetz* hatte die Selbstverwaltung damit beauftragt die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen morbiditätsorientiert auszurichten und die Regelleistungsvolumina am Versorgungsbedarf zu orientieren. Es kam jedoch in dieser Sache zwischen den Kassen und der KBV zu keiner Einigung innerhalb der eingeräumten Frist. Die wachsende Unzufriedenheit der ÄrztInnen und die systemimmanenten Anreize zur Erbringung und Abrechnung medizinisch nicht notwendiger Leistungen verleitete die Bundesregierung 2007 dazu, die vertragsärztliche Honorierung im Rahmen des *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes* erneut zu reformieren. Das Ergebnis ist ein kompliziertes Vergütungssystem, das seit 2009 die Interessenkonflikte in der ambulant ärztlichen Versorgung widerspiegelt. Seine wichtigsten Regelungen umfassen, dass sich die Gesamtvergütung fortan retrospektiv am Behandlungsbedarf orientiert, die Gesamtvergütung morbiditätsorientiert ausgerichtet und die Mengensteuerung über altersbezogene arztindividuelle Regelleistungsvolumina geregelt wird. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab wurde in eine regionale Euro-Gebührenordnung umstrukturiert, welche Pauschalvergütungen und, in überschaubarerer

Zahl, Einzelvergütungen, zum Beispiel für Hausbesuche, vorsieht. Zusätzlich wurden Anreizmechanismen und mengen- sowie praxisbezogene Preisstaffelungen eingeführt, zum Beispiel in Form von Zu- und Abschlägen bei Unter- beziehungsweise Überversorgung. Besonders förderwürdige Leistungen wie die Hausarztzentrierte Versorgung konnten fortan außerbudgetär vergütet werden. Die Vergütungsreform zentralisierte die Entscheidungen zur Honorierungsstruktur, indem die Bundesebene in Form des Bewertungsausschusses deutlich mehr Einfluss auf die Gestaltung und den Umfang der Vergütung erhielt. Anhand entsprechender Vorgaben des Ausschusses wurde die Gesamtvergütung fortan von den KVen und Kassenverbänden auf regionaler Ebene vereinbart.

Weitere Reformpunkte des *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes* traten zu späteren Zeitpunkten in Kraft: Zum 1. Januar 2009 wurde der Gesundheitsfonds geschaffen. Seither erhalten die Kassen ihre Finanzmittel aus einem Topf, in den die Beiträge der ArbeitnehmerInnen und der ArbeitgeberInnen und die für die GKV zur Verfügung gestellten Steuergelder fließen. Aus dem Fonds werden den Kassen Pauschalen für ihre Versicherten zugewiesen (kritisch: Schily 2009). Ergänzend können die Kassen individuelle Zusatzbeiträge einnehmen. Der Risikostrukturausgleich, der seit 1994 die Folgen unterschiedlich gewachsener Versichertenstrukturen in der GKV abfedert, wurde im Rahmen der Reform morbiditätsorientiert umstrukturiert. Die Kassen erhalten hierfür, zusätzlich zu den Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds, Zuschläge für Versicherte mit bestimmten schweren Erkrankungen.

Zwischenfazit

Die Nachkriegszeit war vom Ausbau der Gesundheitsversorgung und einer expansiven Ausgabenpolitik gekennzeichnet. Die Akteure der Selbstverwaltung wuchsen im Zuge der verfolgten Angebotsregulierung korporatistisch eng zusammen. Das Kassenarztrecht befriedigte in den 1950er-Jahren die zunächst angespannte Honorarsituation, worauf das Ansehen der Ärzteschaft in den 1960er-Jahren einen Höhepunkt erreichte. Die Ausweitung des Leistungskatalogs, der „diagnostische Overkill“ und die konjunkturellen Entwicklungen in den späten 1960er, vor allem aber in den 1970er-Jahren, führten zu erhöhten GKV-Ausgaben und der prägenden, wenn auch wenig reflektierten Vorstellung, die Versorgung der Bevölkerung sei „zu teuer“ geworden. Der Begriff der „Kostenexplosion“ genoss in der Folge große Popularität. Die Kostendämpfungspolitik entlud sich ab den späten 1970er-Jahren zunächst in einer strukturkonservierenden Politik, die sich durch die Stärkung der Kassen gegenüber der Ärzteschaft, der Korrektur von Anreizen zur Leistungsausweitung

(Bedarfsplanung, Gebührenordnung, Budgets) und der Privatisierung von Behandlungskosten (Zuzahlungen) auszeichnete.

Zu Beginn der 1990er-Jahre erfuhr diese Politik einen wettbewerblichen Paradigmenwechsel. Die freie Kassenwahl führte zum Wettbewerb zwischen den Kassen, wodurch die Finanzierungsträger ihre Bestandsgarantie verloren. Auch zwischen den Kassen und der Ärzteschaft wurden wettbewerbliche Strukturen eingezogen. Pauschalen und Individualbudgets verlagerten das Finanzierungsrisiko auf die Ärzteschaft und die Privatisierung der Behandlungskosten wurde über eine drastische Erhöhung der Zuzahlungen vorangetrieben. Mit der Jahrtausendwende wurden erste Maßnahmen alternativer Versorgungsformen zur Befriedung der sich zuspitzenden Versorgungslage in ländlichen Räumen ermöglicht: Beispielhaft hierfür steht der Ausbau der Hausarztzentrierten Versorgung und die Einführung von MVZ. Neben diesen Reformen der Bedarfsplanung und des Vertragsarztrechts fand über die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen eine Auflockerung des Kollektivvertragssystems statt. Über die Etappen der Maßnahmen zur Einsparung von Kosten in der GKV wuchs die Bedeutung der Individualakteure. Ihnen wurden vermehrt Anreize gesetzt, die sie dazu verleiten sollten, auf Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen, die Ziele der Ausgaben- und Mengenbegrenzung in ihre Handlungsrationalitäten zu übernehmen.

4.3. Besondere Entwicklungen

Zwei Sachverhalte, die in der Rückschau anklagen, bedürfen mit Blick auf die aktuelle Versorgungssituation einer gesonderten Behandlung. Sie betreffen den Wandel in den Akteurs- und Handlungskonstellationen des Feldes der ambulanten Versorgung. Einerseits können Erosionsmomente in der korporatistischen Konstellation festgestellt werden, und andererseits ist eine Ausdifferenzierung des medizinischen Arbeitsmarktes zu beobachten.

Die Erosion der korporatistischen Konstellation

Noch in den 1960er- und 70er-Jahren teilten die Kassen und die Ärzteschaft ein Interesse an der expansiven Orientierung des Leistungskatalogs. Für die Kassen bedeutete die Leistungsausweitung positive öffentliche Reputation und die ÄrztInnen konnten ihr Honorar „aufbessern“. Die politische Intervention der Budgetierung und die Einführung wettbewerblicher Logiken verkomplizierten diese gemeinsame Interessensbasis. Für die Ärzteschaft bestand der vormalige Anreiz nicht länger. In der Folge versuchten ÄrztInnen stattdessen ihre Vergütung über neue, außerbudgetäre Leistungen oder zusätzliche Budgettöpfe

zu steuern. Beispielhaft hierfür ist, wie die KBV die Aufnahme der Magnetresonanztomographie zur Diagnostik von Brustkrebs ablehnte. Sie begründete dies mit den mit ihrer Anerkennung verbundenen und von der Ärzteseite abgelehnten Einkommenseffekten. Die Kassenverbände warfen den Vertragsärzten vor, den Frauen notwendige Untersuchungsmethoden zu verweigern, worauf sich die KBV in der *Ärzte Zeitung* vom 2.5.2001 wie folgt äußerte: „Die Leistungen können die Krankenkassen sofort haben, wenn sie die Kosten zusätzlich zu den Budgets zahlen“ (zit. nach Urban 2001, S. 37). Urban konstatiert, dass sich

„durch politische Interventionen (Budgetierung) konstituierte Interessenlagen (...) in Strategie- und Handlungspräferenzen übersetzen, die sich gleichsam ‚hinter dem Rücken der Betroffenen‘ in regierungskompatiblen Verhaltensweisen niederschlagen“ (ebd. 38).

Auch die Interessen der Kassen haben sich in diesem Zusammenhang verändert und zu neuen Wettbewerbsspielregeln geführt. Um im Wettbewerb mit anderen Kassen bestehen zu können, müssen sie an einer restriktiveren Auslegung des Leistungskatalogs interessiert sein, wenngleich sie einen erheblichen Teil ihres öffentlichen Rufs aus der Wahrung der Versicherteninteressen beziehen und bei einer Leistungsablehnung oder -streichung hohem Rechtfertigungsdruck unterliegen. Eine Leistungskürzung schränkt außerdem den verbandsvertraglich regulierbaren Geltungsbereich der Kassen ein. Sie laufen Gefahr weniger „Produkt“ anbieten zu können und so ihre relative Wettbewerbsstellung zu verschlechtern. Folglich haben die Kassen ein Interesse an möglichst vielen Grauzonen und Zusatzleistungen entwickelt. Je breiter dieses Spektrum ist, desto eher sind die finanziell gut gestellten Kassen in der Lage, mit niedrigen Beitragssätzen ein attraktives Angebot anzubieten. Eine einheitliche Interessensbasis an einem an der Versorgungsqualität orientierten Katalog ist damit jedoch labil geworden.

Die Fragmentierung der Interessenlagen äußert sich auch in der Selbstwahrnehmung und Organisation der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung. Einerseits prägt die diversifizierte Interessenlage die Selbstwahrnehmung der Kassen, die seit den 1990er Jahren als Versicherungsunternehmen auftreten und zunehmend dazu geneigt sind, ihre Strategien und Positionen nach Maßgabe einzelwirtschaftlicher Interessen zu formulieren. Andererseits wird sie auch innerhalb der Ärzteschaft vor allem in vermehrten Verteilungskonflikten zwischen den Fachdisziplinen offensichtlich.

Grundsätzlich bleibt eine Kontinuität hinsichtlich der staatlichen Delegation von Handlungskompetenzen an paritätisch besetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien bestehen. Diese zentralisiert sich jedoch in Form des seit den 1990er-Jahren funktional aufgewerteten G-BA. Gerlinger (2003) stellt in diesem Zusammenhang eine Erosion des

korporatistischen Ordnungsmodells fest, hauptsächlich, weil der Staat auf die Inhalte und Regelungen des G-BA entscheidenden Einfluss hat. Teilweise ist diese Zentralisierung als Folge einzelner Reformen quasi nebenbei entstanden, in anderen Fällen war sie vom Gesetzgeber explizit intendiert. Der G-BA besteht zwar aus Mitgliedern der Selbstverwaltung, wird jedoch in seiner Funktion und Arbeitsweise zunehmend durch Expertenwissen und Sachverstand anstelle von Interessenspolitik getragen. Diese Entwicklung korrespondiert, laut Bandelow et al., mit einem zunehmenden „Expertokratismus“ in der staatlichen Gesundheitspolitik, die sich auf der Selbstverwaltungsebene ihr Pendant geschaffen habe (2019, S. 460). In seinem Gutachten aus dem Jahr 2005 folgert der Sachverständigenrat, „der G-BA bildet quasi eine zentrale korporative 'Super-Organisation' mit erweiterten Vollmachten hinsichtlich der medizinischen Versorgung“ (SVR-G 2005, S. 11).

Die Ausdifferenzierung des Arbeitsmarktes für ÄrztInnen

Eine recht beständige Arztlentwicklung, politische Initiativen zu Förderung alternativer Gesundheitsberufe und sich verändernde Anforderungen an den Arztberuf bestimmen die Ausdifferenzierung des Arbeitsmarktes gesundheitlicher Berufe. Geht man von absoluten Werten aus, so steigen die Arztlzahlen seit den 1950er Jahren kontinuierlich an (Abb. 4).

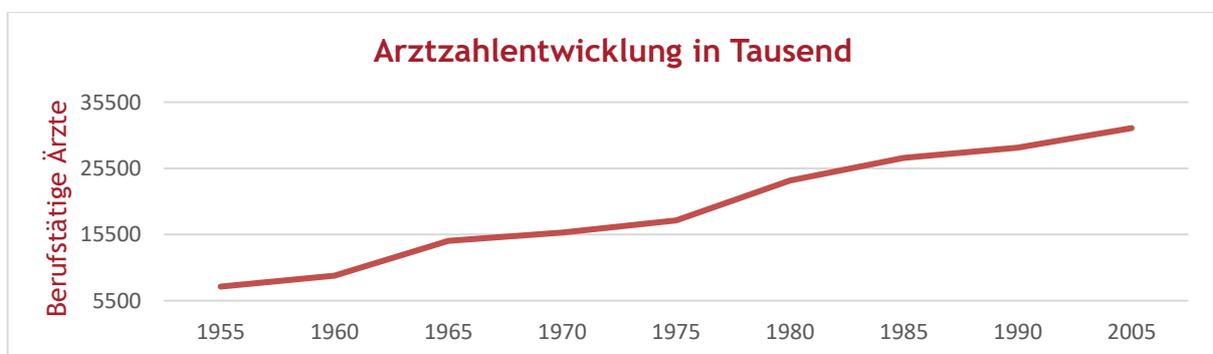


Abb. 4, Arztlentwicklung in Tausend, Datenquelle: Laib 2017, S. 275

Wie dargestellt, entwickelt sich um die Jahrtausendwende eine Situation von gleichzeitiger Über-, Unter- und Fehlversorgung mit überversorgten Ballungsräumen und von Versorgungsdefiziten markierten strukturschwachen Regionen vor allem im ländlichen Raum. Zwei Indikatoren verdeutlichen diesen Zusammenhang aufschlussreich. Zwischen 1998 und 2002 sank die Zahl der Neuanmeldungen von MedizinerInnen bei den Ärztekammern um 15,1 Prozent. Berechnungen ergaben, dass es rund 8000 Neuanmeldungen jährlich gebraucht hätte, um die altersbedingt ausscheidenden ÄrztInnen zu ersetzen. 2002 gingen jedoch weniger als 6700 Neuanmeldungen ein. Ergänzend weist der Facharztindex aus,

wie viele FachärztInnen rechnerisch auf eine Stellenanzeige entfallen. In manchen Fachgebieten waren die Zahlen um die Jahrtausendwende alarmierend klein (Laib 2017, S. 268).

In den 1980er-Jahren diskutierten Gewerkschaften, Ärztekammern und Universitäten alternative gesundheitliche Berufsbilder und ab den 1990er-Jahren wurden seitens der Politik – mit Erfolg – vermehrt nicht-kurative Tätigkeiten beworben. Immer mehr junge MedizinerInnen entscheiden sich für alternative Berufsfelder. Neben den absoluten Zahlen bestätigt eine Studie des Hartmannbunds aus dem Jahr 2011 diesen Trend. Rund 50 Prozent der AbsolventInnen gaben auf Nachfrage an, sich vorstellen zu können, in einem alternativen Berufsfeld zu arbeiten. Eine Studie des *Bundesgesundheitsministeriums* aus dem Jahr 2004 versuchte zeitaktuelle Gründe für diese Entwicklung auszumachen. Genannt wurde die nicht als leistungsgerecht empfundene Entlohnung, die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die zunehmende Bürokratisierung des Arztberufs. Neben einer recht hohen Abbrecherquote im Medizinstudium von ca. 14 Prozent (Laib 2017, S. 270), ist die steigende Abwanderung ins Ausland aufschlussreich. Von 2000 bis 2013 verdoppelte sich diese. Eine Studie der *Bundesvertretung der Medizinstudierenden* (BVMD) in Deutschland aus dem Jahr 2007 ergab, dass rund 90 Prozent der Studierende kurativ tätig werden wollten, aber eben nicht unbedingt in Deutschland. Die Befragten gingen im Rahmen einer Tätigkeit im Ausland von geregelteren Arbeitszeiten (88 Prozent), besseren Weiterbildungsstrukturen (80 Prozent) und einer leichteren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (76 Prozent) aus (BVMD 2007). Alternative Tätigkeitsfelder entstanden in Form zunehmender Spezialisierungen auch innerhalb der Ärzteschaft.

„Enthielt die Muster-Weiterbildungsordnung 1976 der *Bundesärztekammer* noch 27 Gebietsbezeichnung, 14 Teilgebietsbezeichnungen und 15 Zusatzbezeichnungen, so ist deren Anzahl mittlerweile auf 32 Gebiete mit über 30 Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie knapp 50 Zusatz-Weiterbildungen angestiegen (*Bundesärztekammer* 2010)“ (zit. nach Knieps et al. 2012, S. 12).

Ein letzter, nicht von der Hand zu weisender, Faktor, der sich negativ auf das Arbeitszeitvolumen der Ärzteschaft auswirkt und mit vermehrten Ansprüchen an die ärztliche Berufsausübung verbunden ist, ist die Feminisierung der Medizin. Thematisiert wird der Anstieg von Frauen in der Medizin seit den neunziger Jahren. Obwohl Frauen seit 1900 zum Medizinstudium zugelassen sind, kam es erst im Laufe der 1970er-Jahre zu einem relevanten Anteil weiblicher Studierender von circa 20 Prozent (Laib 2017, 289). Seitdem steigt ihr Anteil kontinuierlich an. In den 1990er-Jahren war die Hälfte der Medizinstudierenden weiblich, heute sind es zwei Drittel. Das geringere Arbeitszeitvolumen von Ärztinnen beträgt 72 Prozent dessen ihrer männlichen Kollegen. Verstärkend wirkt, dass nicht alle

Frauen in den Arbeitsmarkt einsteigen und sich mithin, aufgrund der einfacheren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, für ein Teilzeit- oder Anstellungsverhältnis im ambulanten Bereich entscheiden.

Zusammenfassend betrachtet ist der Verlauf der Arztzahlen seit den 1950er-Jahren recht linear. Auch die Versorgung gemessen an ÄrztInnen pro Einwohnern, wird allgemein immer besser (Laib 2017, S. 276). Allerdings weitete sich die Schere zwischen AbsolventInnen und Berufstätigen unter anderem aufgrund alternativer Branchen und der Feminisierung der Medizin.

5. Der ländliche Raum als „Laboratorium für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems“¹³

Um die besondere Qualität der aktuellen Versorgungssituation zu umreißen, wird diese zunächst auf Grundlage einiger Basisdaten charakterisiert. Abschließend werden die den ländlichen Raum betreffenden Reformen und korrespondierende staatliche Angebote ambulanter medizinischer Versorgung, die auf diese Angebote bezogenen Auseinandersetzungen und die Überforderungsmomente staatlicher Gewährleistung dargelegt.

Der „Landarztmangel“

Mit 3,8 ÄrztInnen auf 1000 Einwohner, ist die Arztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch (OECD 2013, S. 65). Auch die Entwicklung der absoluten Arztzahlen (Abb. 4) unterstreicht: Es kann kein Ärztemangel per se konstatiert werden. Vielmehr noch: Auch die umstrittenen Verhältniszahlen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 439f.) zeigen, dass die Soll-Werte der Versorgung vor allem bei FachärztInnen konsequent überschritten werden (Klose und Rehbein 2011, S. 11, zit. nach ebd. 440). Der bundesweite Überschuss an VertragsärztInnen ist jedoch in bedeutendem Maße ungleich verteilt. Der viel beschriebene „Landarztmangel“ – der vornehmlich die Defizite im Bereich der hausärztlichen Versorgung meint – ist damit kein gefühltes Problem. Im Ergebnis bedeutet das Fehlen einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung vor allem für selbst nicht motorisierte Personen die Angewiesenheit auf den öffentlichen Personennahverkehr, der häufig am Schülerverkehr ausgerichtet ist, oder familiäre Fahrdienste.

¹³ Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 449.

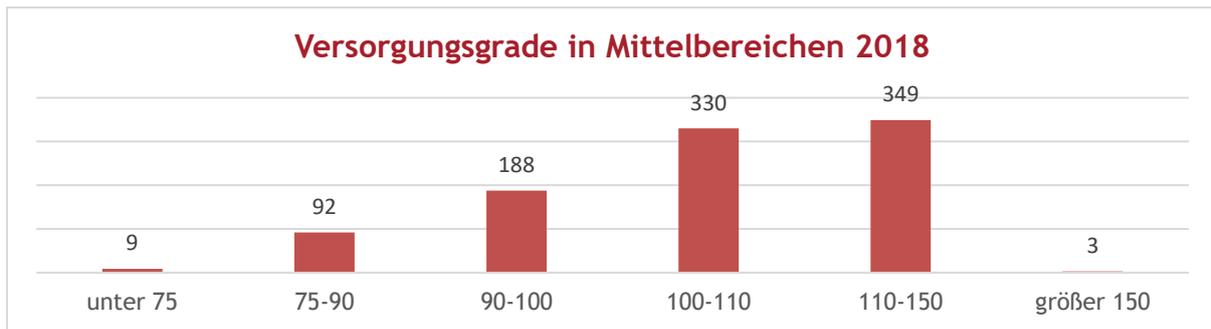


Abb. 5, Versorgungsgrade in Mittelbereichen 2018, Datenquelle: KBV 2018.

Gerade bei den genannten HausärztInnen gibt es bundesweit immer wieder freie Planungsbereiche. Die kleinräumigen Versorgungsbereiche für HausärztInnen nennen sich Mittelbereiche. 2018 wiesen immerhin 289 von 971 Mittelbereichen (29,8 Prozent) einen hausärztlichen Versorgungsgrad von unter 100 Prozent auf und ganze neun¹⁴ waren unterversorgt (Abb. 5). Die niedrigen hausärztliche Versorgungsgrade treten vornehmlich in ländlich geprägten Mittelbereichen auf (Abb. 6).

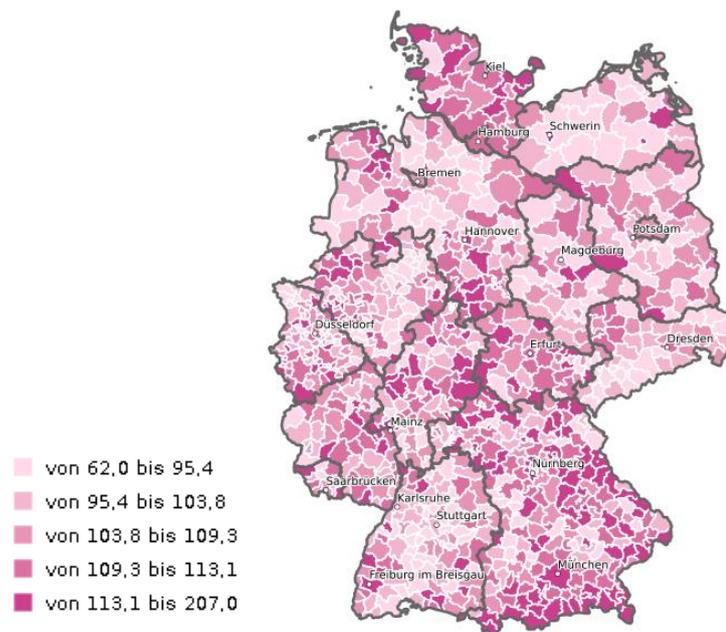


Abb. 6, HausärztInnen, Versorgungsgrad 2018, Quelle: KBV 2018.

Die Ursachen für diese Ungleichverteilung sind das Ergebnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Faktoren. Folgende Entwicklungen wirken besonders stark: In den letzten Jahrzehnten wanderten immer mehr junge und qualifizierte Menschen aus den ländlichen

¹⁴ Als unterversorgt gelten Mittelbereiche, bei denen der Versorgungsgrad unter 75 Prozent liegt. Betroffen waren die Mittelbereiche Allendorf (Eder)/Battenberg (Hessen), Bremerhaven (Bremen), Feuchtwangen (Bayern), Grimmen (Mecklenburg-Vorpommern), Löhne (NRW), Ostalb 3 Schwäbischer Wald (Baden-Württemberg), Prüm (Rheinland-Pfalz), Schweinfurt Nord (Bayern) und Wermelskirchen (NRW).

Gebieten der Bundesrepublik in die Ballungszentren ab. Sinkende Geburten- und Bevölkerungszahlen und ein steigender Anteil an alten Menschen verstärkten die Abwanderungseffekte aus den ländlichen Regionen. In der Folge lichteteten sich die ökonomischen, sozialen und kulturellen Infrastrukturen im ländlichen Raum, was zu einem weiteren Bevölkerungsrückgang führte. In diesem Zusammenhang fiel es immer schwerer, junge ÄrztInnen für Arbeit und Leben auf dem Land zu gewinnen. Ausbleibende weiche Standortfaktoren wie eine adäquate Beschäftigung für LebenspartnerInnen, Kinderbetreuung und Kulturangebote verstärken diese Herausforderung (Arentz 2017, S. 29f.).

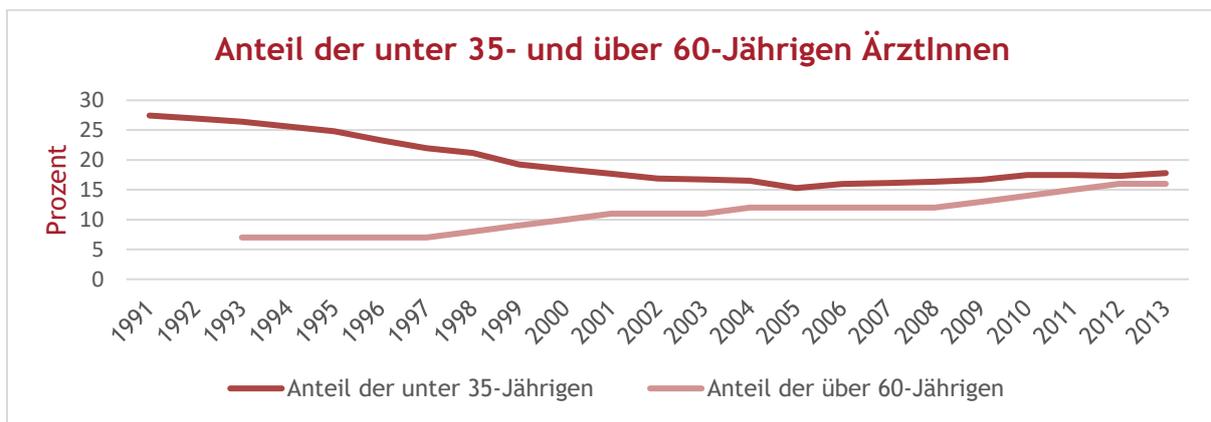


Abb. 7, Anteil der unter 35- und über 60-Jährigen ÄrztInnen, Datenquelle: Laib 2017, S. 272

Die Entwicklung des ländlichen Raums wirkt sich stark auf die Berufsgruppe der HausärztInnen aus, weil diese in besonderem Maße – im Vergleich zur ohnehin schon alternden Ärzteschaft (Abb. 7) – vom demographischen Wandel betroffen ist. 27,1 Prozent aller Hausärzte waren 2011 60 Jahre alt oder älter (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 443). Der Anteil dieser Altersgruppe ist unter den HausärztInnen entscheidend größer als unter den FachärztInnen (ebd. S. 442). Laut des Versorgungsberichts der KV Baden-Württemberg gab es im Bundesland im Jahr 2019 knapp 7100 HausärztInnen. 36 Prozent, also gut 2500 dieser MedizinerInnen, waren über 60, mehr als 1300 davon über 65 Jahre alt. Auf zwei in Ruhestand gehende ÄrztInnen müssten rechnerisch drei folgen, allein um den Versorgungsumfang zu erhalten (KVBW 2019, S. 7ff.). Dies stellt eine enorme Herausforderung für die Nachwuchssuche dar, insbesondere, da der ländliche Raum kaum eine attraktive Arbeits- und Lebensperspektive für junge Menschen bedeutet. Immer weniger MedizinerInnen entscheiden sich für eine fachärztliche Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Für das Imageproblem der Allgemeinmedizin bereits im Studium spielen unterschiedliche Gründe eine Rolle:

„eine Ausbildungskultur in der Medizin, die den Eindruck vermittelt, Allgemeinmedizin und Hausarztstätigkeit seien weniger anspruchsvoll oder interessant als andere Disziplinen bzw. Tätigkeitsfelder;

das im Vergleich zu den meisten anderen Disziplinen geringere Einkommen von Hausärzten¹⁵; die besonderen beruflichen Belastungen, die eine Hausarztztätigkeit, insbesondere als Landarzt mit sich bringt, nämlich lange Arbeitszeiten und ein nicht selten beklagtes ‚Einzelkämpferdasein‘.“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 443)

Bereits seit Jahrzehnten ist zudem eine sich verändernde Anspruchshaltung an den ärztlichen Alltag zu beobachten, insbesondere wenn es um das Arbeitszeitvolumen geht. Der Teilzeittrend bewirkt, dass sich 2019 trotz steigender Arztzahlen – die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen stieg im Vergleich zum Vorjahr um 1,4 Prozent – lediglich ein Plus der vertragsärztlichen Kapazitäten von 0,2 Prozent einstellen konnte (KBV o. J.).



Abb. 8, Inanspruchnahme ambulant ärztlicher und zahnärztlicher Behandlungen in der GKV 2008-2018, Datenquelle: Bundesministerium für Gesundheit 2020.

Der demografische Wandel wirkt sich auch auf der Nachfrageseite folgenreich für die Versorgungslage aus. Die alternde Bevölkerung allein bedingt zwar nicht, dass sich der Bedarf an ambulanter medizinischer Versorgung per se erhöht, sehr wohl jedoch wirken sich die Art und Gleichzeitigkeit von Erkrankungen (Multimorbidität) auf den Arbeitsumfang der Ärzteschaft aus. Behandlungsaufwendigere Krankheiten wie Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen in hohem Alter bedeuten zudem einen Anstieg der Leistungsfälle (Abb. 8).

Politische Angebote ambulanter medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen

Der Bericht der *Kommission Gleichwertige Lebensverhältnisse* des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat (BMI) aus dem Sommer 2019 verweist im Zusammenhang ländli-

¹⁵ HausärztInnen erzielen im Durchschnitt geringere Einnahmen und Einkommen aus ihrer Tätigkeit als FachärztInnen. Dieser Fakt erschwert die Nachwuchsrekrutierung, wenngleich internationale Vergleichsstudien zeigen, dass die deutsche Diskussion um die PKV als einen der Hauptfaktoren für die Ungleichverteilung der ÄrztInnen in der Fläche nicht zielführend ist (Arentz 2018). Dennoch bieten strukturschwache Regionen weniger Möglichkeiten, Einnahmen durch privatärztliche Tätigkeiten zu generieren. Hier ist sowohl der Anteil an Privatpatienten als auch zahlungskräftiger gesetzlich Versicherter – die im Kontext individueller Gesundheitsleistungen relevant würden – gering (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 443).

cher Versorgungsengpässe auf die Maßnahmen die 2012 im Rahmen des *GKV-Versorgungsstrukturgesetzes* beschlossen wurden (BMI 2019). Das Gesetz stellte sich insbesondere für die Konstellation von Staat und Selbstverwaltung in der Versorgungssicherstellung als folgenreich heraus (Reiners 2009). Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) fokussierte dezidiert die Sicherstellung einer wohnortnahen ambulanten Versorgung.

Wichtige Entscheidungen wurden auf die Landesebene übertragen: Der Einfluss des *Bewertungsausschusses* auf die regionale Verteilung der Gesamtvergütung wurde deutlich beschnitten und die Bedarfsplanung wurde regionalisiert. Hierfür wurde der G-BA mit der Überarbeitung der *Bedarfsplanungsrichtlinie* beauftragt. Die novellierte Richtlinie trat 2012 in Kraft. Ziel war es, die Versorgungsregionen und Verhältniszahlen regionalen Gegebenheiten anzupassen. Fortan ist jede Arztgruppe einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet und wird in jeweils unterschiedlicher räumlicher Auflösung¹⁶ beplant. Die Landesauschüsse stellen, auf Grundlage der von den KVen verfassten Bedarfspläne, fest, wie es um die Versorgungslage einer Region bestellt ist. Hierfür bestimmen sie den Versorgungsgrad, wobei das Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem Soll-Niveau der Verhältniszahl verglichen wird.¹⁷

Die gestaffelte Vergütung bei Überschreitung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina in unterversorgten Regionen wurde abgeschafft. KVen und Kassen können von nun an Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten gründen. Als feste Berechnungsgröße wurde der Demografie-Faktor weiterentwickelt und der Leistungsbedarf für die über und unter 65-Jährigen getrennt ermittelt. Die Residenzpflicht der VertragsärztInnen entfiel und die Eröffnung von Zweigpraxen wurde erleichtert. Es bestehen zudem die Möglichkeiten der Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums zur sektorübergreifenden Versorgung, zur Gründung von Gesundheitsregionen und zur vermehrten Einbeziehung der Krankenhäuser und Reha-Kliniken in die ambulante Versorgung. Zudem wurde den KVen die alleinige Verantwortung für die Honorarverteilung übertragen.

¹⁶ Die novellierte Richtlinie führte für die hausärztliche Versorgung die Mittelbereiche, für die allgemein fachärztliche Versorgung die Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte, für die spezialisiert fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregionen und für die gesonderte fachärztlichen Versorgung die Gebiete der KVen als Planungsbereiche ein

¹⁷ Überschreiten die allgemeinen Verhältniszahlen den regionalen Versorgungsgrad um mindestens 10 Prozent, liegt Überversorgung vor. Sodann spricht der Landesauschuss räumlich begrenzte und arztgruppenspezifische Zulassungsbeschränkungen aus. Unterversorgung ist hingegen anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 Prozent im hausärztlichen Bereich oder unter 50 Prozent im fachärztlichen Bereich liegt.

Die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Routineleistungen an andere Gesundheitsberufe führte zu Modellprojekten wie dem AGnES-Konzept („Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention“). In diesem Zusammenhang beauftragte der Gesetzgeber den Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab daraufhin zu untersuchen, in welchem Umfang vertragsärztliche Leistungen auch telemedizinisch erbracht werden können. Bisher besteht keine einheitliche und allgemeingültige Definition von Telemedizin. Im weitesten Sinne wird darunter

„die Überwindung zeitlicher und/oder räumlicher Distanzen im Rahmen von medizinischen Sachverhalten verstanden. Das beinhaltet hauptsächlich die Messung, Erfassung und Übermittlung von Informationen oder die Anwendung medizinischer Verfahren mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnik zwischen Ärzten, bzw. zwischen Ärzten und Patienten ggf. unter Einbindung von nichtärztlichem Fachpersonal.“ (KBV 2020)

In einer Rahmenvereinbarung verständigten die KBV und der GKV-Spitzenverband sich auf diesbezüglich betroffene Rechtskreise und Regelungsbereiche, die seither zusammen mit Fragen der Überführung telemedizinischer Versorgungskonzepte in die Regelversorgung (van den Berg et al. 2015) und des zwischenzeitlich aufgelockerten Fernbehandlungsverbots (Krüger-Brand 2019) diskutiert werden. Für ländliche Regionen bietet die Telemedizin Chancen, da sie erstmals unabhängig vom Standort ärztliche Expertise verfügbar macht. Allerdings ist ihre Einführung nicht nur wegen der aktuell ungeklärten Vergütung, sondern aufgrund von Informationsdefiziten, fehlender Evidenz, Markttransparenz, rechtlicher Unsicherheiten sowie der „unzureichenden (oder besser: Nicht-) Ausbildung von Ärzten, Pflegekräften und anderem medizinischen Fachpersonal in modernen Informations- und Kommunikationstechnologien“ (Brauns und Loos 2015) kritisch zu betrachten.

Die aktuellsten Anstrengungen, dem drohenden ländlichen Versorgungseinbruch Herr zu werden, finden sich im *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz* (2015), dem *Terminservice- und Versorgungsgesetz* (2019) und der im Juli 2019 reformierten Bedarfsplanungsrichtlinie. Das *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz* beschloss Zuschüsse für ÄrztInnen, die sich mit einer Praxis auf dem Land niederlassen. Durch mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner wurde die hausärztliche Versorgung gestärkt. Das umfangreiche *Terminservice- und Versorgungsgesetz* unter Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zielt auf eine zügige Terminvergabe und den Ausbau des Sprechstundenangebots niedergelassener Vertragsärzte sowie die Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen. Für entsprechende Leistungen sieht es eine extrabudgetäre, teilweise höhere Vergütung vertragsärztlicher Leistungen vor, zum Beispiel über verpflichtende Zuschläge für Hausbesuche auf dem Land. Die

KVen wurden dazu verpflichtet, die Strukturfonds zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung auszubauen. Investitionen können fortan für die Neuniederlassung, die Gründung von Zweigpraxen, Vergütungs- und Ausbildungszuschläge und für die Vergabe von Stipendien, Praxisübernahmen, die Förderung von Eigeneinrichtungen der KVen oder lokale Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung aufgebracht werden. Das Gesetz ermächtigt zudem die Landesbehörden, in den Planungsbereichen ländliche oder strukturschwache Teilregionen festzulegen, in denen Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Arztgruppen aufzuheben sind. In Form eines Beraterstatus im G-BA erhalten die Bundesländer überdies mehr Einfluss.

Zum 1. Juli 2019 schloss der G-BA seine Begutachtung der Bedarfsplanungsrichtlinie ab und reformierte diese, wobei die Erreichbarkeit als Kriterium ambulanter ärztlicher Versorgung festgeschrieben wurde. Der Demografie- wurde zu einem komplexen Morbiditätsfaktor weiterentwickelt, wodurch mehr Haus- und Augenarztsitze entstanden. Mit dieser Reform sind die Verhältniszahlen der 1990er-Jahre endgültig Geschichte. Alle zwei Jahre werden sie nun aufgrund der demografischen Entwicklung angepasst. Darüber hinaus wird das Versorgungsniveau je Planungsbereich kontinuierlich anhand der jeweils aktuellen Einwohnerzahl fortgeschrieben, und an die regionale Morbiditätsstruktur angepasst.

Seit Jahren gibt es neben diesen Reformmaßnahmen eine „kaum noch zu überblickende Vielfalt an Initiativen, Vorschlägen und Maßnahmen, an denen Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt sind.“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 448). Sie lassen sich in finanzielle Anreize, Bemühungen in Richtung der Entwicklung neuer Organisationsformen und raumwirksame Instrumente unterteilen. Finanzielle Anreize werden zum Beispiel seitens der Selbstverwaltung, der Länder und Kommunen gestellt, wenn es um die Unterstützung von ÄrztInnen bei der Praxisübernahme oder -einrichtung geht. Die Bundesländer und Landkreise gewähren Studierenden der Medizin zudem Stipendien oder Darlehen zur Finanzierung des Studiums, wenn diese sich im Gegenzug dazu bereit erklären später auf dem Land tätig zu werden. Im Rahmen des *Masterplans Medizinstudium 2020* trafen Bundesgesundheitsminister Herman Gröhe (CDU) und Bundesforschungsministerin Johanna Wanka (CDU) 2017 Vorkehrungen zur Umstrukturierung des Medizinstudiums. Für den ländlichen Raum ist einerseits ein im

ambulant vertragsärztlichen Bereich abzuleistendes Pflichtquartal im Rahmen des Praktischen Jahres und andererseits die durch den Masterplan ermöglichte „Landarztquote“¹⁸ von Relevanz. Solchen finanziellen Anreizaktivitäten sind jedoch neben Effektivitätsfragen (BVDM 2019) enge Grenzen gesetzt, da die Haushaltsituation der Länder und Kommunen in der Regel kein allzu großes finanzielles Engagement zulässt. Neben finanziellen Anreizen finden sich zahlreiche Bemühungen in Richtung neuer Organisationsformen für die medizinische Versorgung, die zum Teil auch alternative Formen der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen beinhalten (s. AGnES-Konzept). Allerdings tritt die organisierte Ärzteschaft trotz positiver Evaluationen bei der Kompetenzverlagerung auf andere Berufsgruppen immer wieder auf die Bremse.

Letztlich ist auf diverse raumwirksame Instrumente hinzuweisen. Das Konzept der Gesundheitsregion will „alternative Versorgungsansätze mithilfe interkommunaler Zusammenarbeit erproben und bei positiven Bewertungsergebnissen Leuchtturmfunktion zur Ausweitung auf andere Regionen entfalten“ (Stinn 2017, S. 236). Es will die Effekte „demografischer De-Infrastrukturalisierung“ (Kersten et al. 2012, S. 69ff.) reduzieren und regionalökonomische Stärkung vorantreiben. Regionale und kommunale Gesundheitskonferenzen wurden zunächst im Rahmen von Modellprojekten erprobt. Als „runde Tische“ bringen sie VertreterInnen aller relevanten Gruppierungen und Institutionen im Gesundheitswesen mit dem Ziel zusammen, den Informationsaustausch, die Verständigung, die Kooperation und die Partizipation der Gesundheitsversorgung zu stärken (Hollederer 2015). Die Effektivität beider Instrumente ist bis dato unzureichend evaluiert worden (ebd.).

Im Lichte dieser ergänzenden Steuerungsversuche muss festgehalten werden, dass es weder der staatlichen Bedarfsplanung noch der Zulassungspraxis der gemeinsamen Selbstverwaltung gelungen ist, eine regional ausgewogene Verteilung der Ärzteschaft sicherzustellen. Gerade das im Grundgesetz verankerte Ziel der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse wird im Kontext ambulanter Versorgungskapazitäten nicht erreicht. Die mittelbare Steuerung über die Interventionen in die Praxis der gemeinsamen Selbstverwaltung, aber auch die direkte staatlich Regulierung und Rechtssetzung stoßen an ihre Grenzen. Die staatliche Überforderung manifestiert sich in einer Mischung aus vereinzelt, mal

¹⁸ Die Vergabeordnung der Stiftung für Hochschulzulassung sieht eine 10 Prozent Quote für Studierende vor, die sich dazu verpflichten, sich nach ihrem Studium in ländlichen Regionen niederzulassen.

mehr, mal weniger effektiven gesetzgeberischen Aktivitäten, der Erlaubnis von Abweichungen von diesen und die Zulassung sowie teilweise Förderung alternativer Maßnahmen.

Neben maßnahmenspezifischen Detailfragen treten diverse Konfliktlinien wiederholt zu Tage: Das Problem nicht ausreichender oder inadäquater Instrumente und Gelder stellt sich aktuell vor allem den Bundesländern, da ihnen, begründet über ihre Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge, das Versorgungsproblem jüngst vermehrt übertragen wird (Reiners 2009). Der Druck auf die Kommunen wächst: Sie sind beispielsweise im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte vermehrt auf die Kooperation mit reformfreudigen Akteuren aus Politik, Gesundheitswirtschaft und Selbstverwaltung angewiesen, um den Herausforderungen des sozio-demografischen Wandels zu begegnen (s. Fördermittel des Bundes, Unterstützung der Landesregierungen und gemeinnütziger Stiftungen) (Knieps et al. 2012, S. 17). Eine aus Anreizgesichtspunkten vielversprechende, durchgreifende Anhebung der Landarzt Honorare hingegen stößt immer wieder auf den Widerstand der anderen Facharztgruppen (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 448). Um Erkenntnisse im Spannungsfeld der Vergütung zu gewinnen, setzte Bundesgesundheitsminister Spahn eine *Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem* (KOMV; dazu Greß und Schnee 2018) ein. Im Januar 2020 schlug diese eine partielle Harmonisierung der ambulanten ärztlichen Vergütungssystematiken in der vertragsärztlichen Versorgung und der privatärztlichen Versorgung vor (KOMV 2019), die seitdem rege diskutiert wird (Deutsches Ärzteblatt 2020).

Letztlich verändert die staatliche Lockerung des kollektivvertraglichen Rahmens ehemals stabile Akteursbeziehungen und stellt gewachsene Zuständigkeiten in Frage. Erosionsmomente werden dort deutlich, wo sich der Staat einzelnen Akteuren zuwendet, beispielsweise wenn er den Kassen die Möglichkeit bietet, die KVen beim Abschluss von Verträgen über Modellvorhaben und integrierte Versorgungsstrukturen zu umgehen. Die Infragestellung des Sicherstellungsauftrags öffnet die vertragspolitischen Spielräume der Kassen (Gerlinger 2003). Relevant sind diese Entwicklungen für sogenannte „schwache Interessen“ insofern, als die Einführung der Konkurrenz um Kassenmitglieder und der Vertragswettbewerb zu Unsicherheit und Brüchen in der Akteurskonstellation geführt hat. Insgesamt gibt es seit den 1990er-Jahren zwar mehr Vernetzung, aber ihr Modus ist durch zunehmende Vermarktlichung gebrochen und für sozial Schwache, wie immobile, alte Menschen in abgehängten ländlichen Regionen, problematisch, weil gerade sie unter Instabilitäten in der Versorgung am meisten zu leiden haben (Bode 2010; Vogelgesang et al. 2018,

S. 147). Auch der Einfluss der Versicherten in der Selbstverwaltung wurde durch die Konsolidierungspolitik der 1990er-Jahre geschwächt (Hänlein und Schroeder 2010).

6. Resümee und Fazit

Medizinische Versorgungsdefizite spielten schon in der jungen BRD eine Rolle. Zunächst wurden sie über die Ausweitung der Leistungen seitens der Ärzteschaft und in Richtung Prävention aufgelöst, wobei der Arzt in den 1960-er Jahren als „Halbgott in Weiß“ stilisiert wurde. Die Nachkriegszeit war vom Ausbau der Versorgung und einer damit einhergehenden expansiven Ausgabenpolitik gekennzeichnet. Die korporatistische Versorgungspraxis stellte sich in dieser Zeit stabil dar. Die Situation änderte sich ab dem Zeitpunkt, als steigende GKV-Ausgaben nicht länger als sozialpolitische Errungenschaften gefeiert, sondern als „Kostenexplosion“ und mit ihnen die Ärzteschaft als „kapitalistische Ausbeuter“ gerügt wurden. Der als „zu teuer“ bezeichneten Versorgung der Bevölkerung wurde mit der Kostendämpfungspolitik begegnet, zunächst über die Stärkung der Kassen gegenüber der Ärzteschaft, die Korrektur von Anreizen zur Leistungsausweitung und die Privatisierung von Behandlungskosten und ab den 1990er-Jahren akzentuiert über wettbewerbliche Elemente und die Budgetierung des vertragsärztlichen Honorars.

Die Kostendämpfung der GKV-Ausgaben ist bis heute vordringliches Ziel der Gesundheitspolitik. Mit der Jahrtausendwende wurden erste Maßnahmen alternativer Versorgungsformen beschlossen, das Kollektivvertragssystem wurde aufgelockert und die Bedeutung der Individualakteure in der Kosteneinsparung wuchs an. Die Kostendämpfungspolitik und die über sie betriebene Vermarktlichung und Privatisierung antworteten auf das Versagen von Politik, Staat und Selbstverwaltung. Paradoxe Weise scheinen die Folgen dieser Politik genau dieselben Akteure erneut herauszufordern. Die Steuerung durch Rechtsetzung und Selbstverwaltung hat ihre Grenzen in der „generell-abstrakten Betrachtungsweise“ gefunden, und wird „regionalen und örtlichen Besonderheiten ebenso wenig gerecht werden können wie spezifischen Versorgungsproblemen“ (Knieps et al. 2012, S. 14).

Eine erneute Überforderung zeichnet sich vor allem deshalb ab, da sich die aktuelle ambulante Versorgungsproblematik im ländlichen Raum zuspitzt und davon auszugehen ist, dass sich diese Dynamik noch verstärken wird. Die Altersstruktur und Zusammensetzung der Ärzteschaft, die Unattraktivität des ländlichen Raums für den allgemeinmedizinischen Nachwuchs und die Anforderungen des Nachwuchses unterstreichen diese Vermutung.

Obwohl die Reformen der 1990er Jahre mehr Flexibilität für die Entwicklung und Implementierung neuer Versorgungskonzepte ebneten, erfuhren diese keinen Durchbruch. Auch die Reformen der Bedarfsplanungsrichtlinie führten maximal graduelle Verbesserungen ein. Die Effekte der jüngsten Reformen und Initiativen im Bereich der Zulassung, des Aufbaus des Medizinstudiums, finanzieller Unterstützungen bei der Praxisübernahme und -einrichtung und im Rahmen raumwirksamer Instrumente werden sich erst in den nächsten Jahren einstellen. Um Aussagen über ihre Wirksamkeit treffen zu können, fehlt es momentan an systematischen Evaluationen. An dieser Stelle besteht Forschungsbedarf.

Festzuhalten ist, dass es zunehmend schwerer wird, medizinischen Nachwuchs in ländliche Regionen zu mobilisieren und damit die ambulante medizinische Versorgung zu sichern. Auf einem Feld, auf dem einstweilen nach dem Muster „trial and error“ (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 448) agiert wird, bleibt abzuwarten, ob und wie regional angepasste Wege eine Lösung versprechen. In diesem Zusammenhang stellen sich Fragen der zivilgesellschaftlichen Teilhabe, der interregionalen Vernetzung, der Arbeitsteilung, angemessener Versorgungsformen, einer adäquaten Behandlung oder gar Neuaushandlung des Primats gleichwertiger Lebensverhältnisse und der Rolle der Selbstverwaltung und des Staates.

Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. In: *WIP-Diskussionspapier 2*.
- Arentz, Christine (2018): Zur regionalen Ungleichverteilung von Ärzten in Deutschland – eine Frage der Privaten Krankenversicherung? In: *Gesundheit und Sozialpolitik* 72 (1), S. 21-26.
- Bandelow, Nils C. (2004): Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik. Vom Korporatismus zum Pluralismus? In: *Politische Bildung* 37 (2), S. 49–63.
- Bandelow, Nils C. (2007): Ärzteverbände. Niedergang eines Erfolgsmodells? In: Thomas von Winter und Ulrich Willems (Hg.): *Interessenverbände in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 271–293.
- Bandelow, Nils C.; Hartmann, Anja; Hornung, Johanna (2019): Selbstbeschränkte Gesundheitspolitik im Vorfeld neuer Punktuierungen. In: Reimut Zohlnhöfer und Thomas Saalfeld (Hg.): *Zwischen Stillstand, Politikwandel und Krisenmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 445–467.
- Bieling, Hans-Jürgen (2009): ‚Privat vor Staat‘? Zur Entwicklung politischer Leitbilder über die Rolle des Staates. In: *WSI-Mitteilungen* 62 (5), S. 235–242.
- Blüm, Norbert (2008): Auf dem Weg zur Einheitskasse. Zum Start der Gesundheitsreform: Was passiert, wenn Privatisierer und Verstaatlicher gemeinsame Sache machen. In: *Die Zeit* 2009, 31.12.2008 (2/2009). Online verfügbar unter https://www.zeit.de/2009/02/op-ed_S11_Bluem, zuletzt geprüft am 02.06.2020.
- BMI (2019): Unser Plan für Deutschland. Gleichwertige Lebensverhältnisse überall.
- Bode, Ingo (2010): Disorganisierte Governance und Unterprivilegierung. Die Konsequenzen neuer Steuerungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Ute Clement, Jörg Nowak, Christoph Scherrer und Sabine Ruß (Hg.): *Public Governance und schwache Interessen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 27–46.
- Brauns, Hans-Jochen; Wolfgang, Loos (2015): Telemedizin in Deutschland. Stand – Hemmnisse – Perspektiven. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (4-5), S. 1068-1073.
- Bundesärztekammer (1994): Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft. Beschluss des 97. Deutschen Ärztetages vom 11. bis 14. Mai in Köln.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland in den Jahren 1994 bis 2018. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2668/umfrage/gesetzliche-krankenversicherung-ausgaben/>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Leistungsfälle der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sowie Zahnersatz bei integrierter Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Anzahl). Online verfügbar unter

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbe-tol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=41281675&nummer=127&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=91143247, zuletzt geprüft am 29.07.2020.

- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1972): Pharma Daten 1972. Frankfurt a.M.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (1975): Pharma Daten 1975. Frankfurt a.M.
- BVMD (2019): Geld ist nicht das entscheidende Kriterium, ob Ärzte aufs Land gehen. Hg. v. PVK. Online verfügbar unter <https://www.pkv.de/presse/meldungen/geld-ist-nicht-das-entscheidende-kriterium-ob-aerzte-aufs-land-gehen/>.
- BVMD (2007): „JA“ zum Arztberuf - „Nein“ zu deutschen Verhältnissen. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/studieren/archiv/79985/Ja-zum-Arztberuf-Nein-zu-deutschen-Verhaeltnissen>.
- Deutsches Ärzteblatt (1999): Diese Gesundheitsreform macht krank! In: *Deutsches Ärzteblatt* 17 (34-35).
- Deutsches Ärzteblatt (2020): Ambulante Versorgung. Neue Vergütungsvorschläge werden weiter diskutiert. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109039/Ambulante-Versorgung-Neue-Verguetungsvorschlaege-werden-weiter-diskutiert>, zuletzt geprüft am 04.08.2020.
- Ferber, Christian von; Radebold, Hartmut (Hg.) (1989): Die demographische Herausforderung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 23. Gerlingen: Bleicher.
- Gerlinger, Thomas (2003): Ein Schritt vorwärts - zwei Schritte zurück? Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003. In: *Prokla* 33 (132), S. 365–388.
- Gerlinger, Thomas; Burkhardt, Wolfram (2012): Dossier Gesundheitspolitik. Grundprobleme der Vergütung ärztlicher Leistungen. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72624/verguetungssystem?p=all>, zuletzt geprüft am 20.07.2020.
- Gerlinger, Thomas; Schönwälder, Thomas (2012): Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72874/etappen?p=all>, zuletzt geprüft am 25.07.2020.
- Greß, Stefan; Schnee, Melanie (2018): Harmonisierung der Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung. In: *Gesundheit und Sozialpolitik* 72 (4-5), S. 16-21.
- Hamburger Morgenpost (1999): Schröder ruft Bündnis für Gesundheit ins Leben. In: *Hamburger Morgenpost*, 17.07.1999. Online verfügbar unter <https://www.mopo.de/sonnabend-17-07-1999--11-24-schroeder-ruft-buendnis-fuer-gesundheit-ins-leben-19187654>, zuletzt geprüft am 25.07.2020.

- Hänlein, Andreas; Schroeder, Wolfgang (2010): Patienteninteressen im deutschen Gesundheitswesen. In: Ute Clement, Jörg Nowak, Christoph Scherrer und Sabine Ruß (Hg.): *Public Governance und schwache Interessen*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 47–62.
- Holleder, Alfons (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. In: *Gesundheitswesen* 55 S. 161-167.
- Jacobs, Klaus; Schröder, Wilhelm (1999): Zur solidarkompatiblen Gestaltung von Strukturverträgen zur integrierten Versorgung. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 53 (3-4), S. 10–19.
- KBV (o. J.): Gesundheitsdaten. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, zuletzt geprüft am 29.07.2020.
- KBV (2018): BPL-Umfrage der KVen, 31.12.2018. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>, zuletzt geprüft am 29.07.2020.
- KBV (2020): Telemedizin. Online verfügbar unter, <https://www.kbv.de/html/telemedizin.php>, zuletzt geprüft am 6.08.2020.
- Kersten, Jens; Vogel, Berthold; Neu, Claudia (2012): *Demografie und Demokratie. Zur Politisierung des Wohlfahrtsstaats*. Hamburg.
- Klenk, Tanja (2018): Interessenlagen und Interessenpolitik im Gesundheitssektor. In: Tim Spier und Christoph Strünck (Hg.): *Ärzteverbände und Ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 19–46.
- Knieps, Franz; Amelung, Volker; Wolf, Sascha (2012): Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen. In: *Gesundheit und Sozialpolitik* 66 (6), S. 8–19.
- Knieps, Franz; Reiners, Hartmut (2015): *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte - Intentionen - Konfliktlinien*. 1., Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Krüger-Brand, Heike (2019): Fernbehandlung. Noch viel Regelungsbedarf. In *Deutsches Ärzteblatt* 116 (19). Online Verfügbar unter, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/207226/Fernbehandlung-Noch-viel-Regelungsbedarf>, zuletzt geprüft am 6.08.2020.
- KVBW (2019): Die ambulante medizinische Versorgung 2019. Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Stuttgart. Online verfügbar unter file:///C:/Users/Andrea/Downloads/kvbw_versorgungsbericht_2019_gesamt.pdf.

- Laib, Chandra Maria Sobeide (2017): Das Bild des Arztes und sein Auftrag in der Gesellschaft von 1949 bis zur Gegenwart im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes. Inaugural-Dissertation. Tübingen.
- Möhring-Hesse, Matthias (2018): Verbetriebswirtschaftlichung und Verstaatlichung. Der destruktive Formwandel der Freien Wohlfahrtspflege. In: Rolf Heinze, Joachim Lange und Werner Sesselmeier (Hg.): Neue Governancestrukturen in der Wohlfahrtspflege. Wohlfahrtsverbände zwischen normativen Ansprüchen und sozialwirtschaftlicher Realität, *Wirtschafts- und Sozialpolitik* 19, S. 57–78.
- Neu, Claudia (Hg.) (2009): Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung. Wiesbaden.
- OECD (2013): Health at a Glance 2013. OECD Indicators. Paris. Online verfügbar unter <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, zuletzt geprüft am 20.07.2020.
- Offe, Claus (2001): Wessen Wohl ist das Gemeinwohl? In: Wingert, Lutz/Günther, Klaus (Hg.): Die Öffentlichkeit der Vernunft und die Vernunft der Öffentlichkeit. Frankfurt a.M., S. 459-488.
- Offe, Claus (2006): Reformpolitik und Interesse des Staates an sich selbst. In: Claus Offe (Hg.): Strukturprobleme des kapitalistischen Staates. Aufsätze zur Politischen Soziologie. Frankfurt a.M.: Campus Verlag, S. 127–152.
- Reiners, Hartmut (2009): Wettbewerb, Regierung, Selbstverwaltung: Wer stellt die medizinische Versorgung sicher? In: Nils C. Bandelow, Florian Eckert und Robin Rösenberg (Hg.): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 84–96.
- Ried, Walter (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren. In: Michael Herbst, Frieder Dünkel und Benjamin Stahl (Hg.): Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–23.
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber.
- Samuelson, Paul A. (1954): The Pure Theory of Public Expenditure. In: *The Review of Economics and Statistics* 36 (4), S. 387.
- Schily, Konrad (2009): Muss Solidarität staatlich organisiert werden? In: Nils C. Bandelow, Florian Eckert und Robin Rösenberg (Hg.): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 55–61.
- Schroeder, Wolfgang; Burau, Benjamin Erik (2008): Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung - Kasseler Konzept. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, *Arbeit und Soziales* 222.

- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.
- Spier, Tim; Strünck, Christoph (Hg.) (2018): Ärzteverbände und Ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stillfried, Dominik von; Gramsch, Eberhard (2003): Morbiditätsorientierung der vertragsärztlichen Vergütung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 75 (1-2), S. 44–51.
- Stinn, Thomas (2017): Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume: Raumrelevante Handlungsstrategien im Kontext regionaler Gesundheitsversorgung. Münster.
- SVR-G (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bundestag-Drucksache 15-5670.
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. WZB Discussion Paper, No. P 01-206. Berlin.
- Van den Berg, Neeltje; Schmidt, S.; Stentzel, U.; Mühlau, H.; Hoffmann, W. (2015): Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete. Möglichkeiten, Einschränkungen, Perspektiven. In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (4-5), S. 367-373.
- Vogel, Berthold (2007): Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft. 1. Aufl. Hamburg: Hamburger Edition.
- Vogelgesang, Waldemar; Kopp, Johannes; Jacob, Rüdiger; Hahn, Alois (2018): Demographischer Wandel, Alterung, medizinische Versorgung und Gesundheit. In: Waldemar Vogelgesang, Johannes Kopp, Rüdiger Jacob und Alois Hahn (Hg.): Stadt – Land – Fluss. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 145–164.